M19782


22101792583

Red. af Eira
Edgar F. Cyriax

LE

MASSAGE

DE L'UTÉRUS

PAR

LE Dr G. NORSTRÖM

PARIS
E. LECROSNIER ET BABÉ, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

1889

LE MASSAGE DE L'UTÉRUS

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A. MAJESTÉ

LE
MASSAGE
DE L'UTÉRUS

PAR

LE Dr G. NORSTRÖM

PARIS
E. LECROSNIER ET BABÉ, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

1889

303950

M19782

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY

Coll.	welMOmec
Call	
No.	WP 400
	1889
	N86m

AVANT-PROPOS

Le travail qu'on va lire est un complément et un commentaire plutôt qu'une réédition de celui que j'ai publié, en 1876, à Paris, sur l'utilité du massage en gynécologie. Il a pour base les observations que j'ai recueillies dans ma pratique, depuis 13 ans. La méthode, alors dédaignée et presque inconnue, est aujourd'hui essayée partout. Si, à défaut d'autre mérite, mon premier livre sur ce sujet avait la nouveauté, celui-ci n'y saurait prétendre ; c'est un travail d'exposé et de vulgarisation. Je me suis limité actuellement aux affections utérines ; j'aborderai plus tard celle des ligaments larges, des trompes, des ovaires, du tissu cellulaire et du péritoine pelvien.

Paris, 15 juin 1889.

LE

MASSAGE DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER

Comment j'ai connu la méthode de Brandt.

PREMIERS SUCCÈS A STOCKHOLM. — APPLICATION DE LA MÉTHODE A PARIS. — CLINIQUE DU D[r] PAQUELIN. — SERVICE DU D[r] PÉAN, A L'HOPITAL SAINT-LOUIS. — PREMIÈRES PUBLICATIONS. — LEUR RÉSULTAT.

Au mois de septembre de l'année 1869, je commençais un voyage d'exploration dans les centres scientifiques les plus importants de l'Europe, avec l'intention bien arrêtée d'étudier la gynécologie que je me proposais de pratiquer à mon retour en Suède. Les événements de 1870 m'obligèrent à interrompre ces études : je les recommençai après la campagne à laquelle j'avais pris part, avec la sixième ambulance française de la Société de secours aux blessés ; je suivis les cliniques et les services hospitaliers les plus importants de Paris, de Vienne, de Londres. Vers la fin de 1871, persuadé que j'avais acquis des

connaissances assez sérieuses pour aborder la pratique je retournai à Stockholm. Je reconnus avec peine au bout de quelques mois que malgré la multiplicité des moyens dont disposait alors la gynécologie opératoire, beaucoup d'affections de l'utérus et de son voisinage résistaient aux traitements les mieux conduits ; que la plupart des méthodes alors employées étaient, non pas impuissantes, mais simplement palliatives. Il fallait s'estimer heureux quand après les avoir appliquées avec persévérance on obtenait une guérison partielle, une amélioration temporaire. Il ne restait alors qu'à consoler les patientes en les exhortant à la résignation, rôle ingrat pour le médecin. Dans les cas dont je veux parler on n'était pas en présence de ces maladies impitoyables qui ont leur source dans une altération profonde de la nutrition et déjouent les procédés les plus radicaux ; il ne s'agissait ni de cancers, ni de sarcomes. Beaucoup d'affections inflammatoires chroniques rentraient dans la catégorie de celles que nous ne pouvions combattre que par des demi-mesures et que la *vis naturæ medicatrix* guérissait seule quand elles guérissaient.

Après quelque temps de séjour à Stockholm, je fus surpris d'apprendre que des femmes traitées pendant des années par des spécialistes éminents ; que des malades vues par moi, dont le cas était de ceux dont je viens de parler, avaient été radicalement guéries

par un empirique sans connaissances médicales, par le major Thure Brandt. De prime abord je me défiai des merveilles qu'on racontait ; dans le Nord comme partout les imaginations se montent vite à propos de procédés rejetés par les médecins. Mais j'eus l'occasion de voir des personnes que j'avais examinées avant qu'elles eussent été soignées par M. Brandt ; j'avais mes notes, mon diagnostic. Ces faits étaient de ceux pour lesquels on met un point d'interrogation dans la colonne du pronostic. Le résultat avait été excellent, mon septicisme dut céder. Le procédé de mon compatriote n'était pas décrit dans les livres mais c'était un procédé à conserver, car il était salutaire et réussissait là où d'autres avaient échoué. Ce n'était du reste ni le premier ni le dernier exemple du rôle incontestable que joue le hasard dans les découvertes thérapeutiques. Les empiriques ont une persévérance et une hardiesse que ne connaissent pas les hommes de science habitués à marcher pas à pas, toujours prêts à nier ce que l'état des connaissances ne permet pas d'expliquer. Priessnitz, professeur ou médecin d'hôpital eût hésité à prescrire l'eau comme il l'administra ; simple paysan sans idées nosologiques, il crut avoir trouvé une panacée, traita tout par les affusions et les douches, fit des prosélytes et fut le véritable créateur de l'hydrothérapie.

M. Brandt n'employait même pas l'eau, une mani-

pulation était la base de sa méthode : c'était une variété de massage des organes pelviens. Telle qu'il l'appliquait en 1870, elle comprenait des pratiques multiples dont plusieurs étaient inutiles. Je n'ai jamais suivi à la lettre son manuel opératoire, mais je dus reconnaître que le principe n'avait rien d'irrationnel. Faire porter le massage sur des tissus mous, sujets à des phlegmasies, à des congestions passives persistantes, c'était une idée juste. D'après ce que j'en savais, ce que j'avais vu déjà, je résolus d'appliquer la méthode réduite à une manœuvre aussi simple que possible. Les résultats justifièrent ma hardiesse ; je guéris ces états inflammatoires qui avaient fait mon désespoir : j'arrivai assez vite à formuler des indications et j'ai peu modifié mes idées de cette époque. En 1875 je revenais à Paris, persuadé que là on ne savait rien encore des guérisons de Brandt à propos desquelles il n'avait écrit que des articles sans importance ; j'étais convaincu que son procédé était excellent, je ne doutais pas du succès. Dès mon arrivée j'eus la bonne fortune de rencontrer deux hommes qui voulurent bien s'y intéresser, les docteurs Péan et Paquelin ; le premier m'ouvrit son service à l'hôpital Saint-Louis, le second sa clinique de la rue de Provence. C'est là que j'ai traité mes premières malades et recueilli plusieurs observations qui m'ont servi pour la rédaction de la brochure que

je publiai alors ; c'était le développement d'une communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 18 janvier 1876. J'obtenais à Paris les mêmes résultats qu'à Stockholm, ma statistique était assez satisfaisante pour démontrer que si les faits que je rapportais étaient réels, le massage utérin était utile ; qu'il n'avait pas donné encore tout ce qu'il pouvait donner ; qu'il était digne d'attirer l'attention de ceux qui s'intéressent à la gynécologie. Je fus un peu décontenancé de l'accueil fait à mes essais : je m'étais attendu à des critiques, à des contradictions (c'est le lot de tout novateur) et je m'en félicitais, car je me promettais d'en avoir raison en montrant des faits. Vous prétendez que le massage utérin est inefficace : prenons une femme atteinte d'endométrite fongueuse invétérée avec métrorrhagies incessantes, flexions, accidents réflexes, examinons-là de telle sorte qu'aucun doute ne reste sur le diagnostic, je la traiterai pendant six semaines et vous pourrez constater ce que sera devenu son état. C'est un procédé de démonstration qui ne prête pas aux développements diserts, mais il est irréfutable. J'ai fait cette proposition bien des fois, j'ai raconté souvent les péripéties par lesquelles j'avais passé avant d'accepter la méthode ; on ne me répondait pas, on ne m'écoutait pas, je me heurtais à un septicisme railleur contre lequel tout échoue.

C'était un mauvais moment pour parler de massage ; j'ai dit dans l'ouvrage que j'ai publié sur ce sujet comment cette méthode, française par ses origines, était tombée dans l'oubli ; on y revient aujourd'hui en France, mais en 1875 beaucoup de praticiens qui en avaient à peine entendu parler la considéraient comme un procédé de rebouteur infidèle et douloureux, qu'on pouvait prescrire, mais qu'il valait mieux laisser de côté. Parler de faire porter le massage sur les organes pelviens, quand on s'en servait à peine dans les maladies des jointures, cela avait l'air d'un paradoxe. Un épisode de l'époque peut donner l'idée des défiances et des difficultés que je rencontrai.

Un des élèves qui suivaient le service de M. Péan, paraissant s'intéresser aux malades traitées par moi, m'avait demandé l'autorisation de recueillir leurs observations ; je fis de mon mieux pour l'aider dans ce travail. J'étais enchanté qu'il eût l'intention de prendre la méthode pour sujet de sa thèse inaugurale. Qu'elle fût battue en brèche, je l'ai dit, je m'y attendais ; mais le seul fait qu'elle eût été exposée dans une dissertation publiquement défendue constituait une demi-consécration officielle. J'espérais que cette tentative serait le point de départ de plusieurs autres, que je trouverais des imitateurs et qu'en fin de compte j'aurais contribué à acclimater

en France un bon moyen thérapeutique ; ces espérances furent vite déçues. L'acte était à peine commencé que l'examinateur le plus compétent sur les questions de gynécologie, — un savant décédé depuis plusieurs années, — se chargea d'épargner au récipiendaire les difficultés d'une longue soutenance. Voici à peu près le langage qu'il lui tint : « Monsieur, vous avez dérangé un jury pour apprécier un travail dont je ne veux même pas lire le titre à haute voix, vous avez pris un sujet qu'un élève sérieux n'avait pas le droit de prendre. On détruira les exemplaires existants et vous reviendrez dans trois mois avec une thèse nouvelle. Estimez-vous heureux d'en être quitte à si bon marché ».

En présence de l'assentiment tacite des autres juges, le candidat n'osa même pas demander les motifs d'un pareil arrêt, il se rendit au vestiaire, remit sa robe à l'appariteur et partit.

Ma tentative de démonstration expérimentale avait eu une fâcheuse issue. Je n'avais réussi qu'à rendre un mauvais service au pauvre garçon qui m'avait suivi régulièrement pendant des mois, qui avait cru mes résultats intéressants. On n'avait discuté son travail ni pour le fond, ni pour la forme. L'exposition était-elle bonne ou mauvaise? Ses observations étaient-elles probantes ? le jury ne s'en était pas préoccupé. Ce ne fut pas la thèse qu'il apprécia, ce fut la méthode;

l'avertissement adressé au candidat montrait assez que MM. les Professeurs tenaient le massage utérin pour un procédé inconvenant, puisqu'ils condamnaient sans hésitation une thèse destinée à le faire connaître. Au XVIIIe siècle, après avoir déclaré « que ladite thèse serait saisie et brûlée », on aurait ajouté... par la main du bourreau.

Je regrettai que l'affaire eût pris cette tournure. Ce n'est pas que ma conviction fût modifiée : j'avais une expérience suffisante pour savoir ce que valait la méthode ; ce que j'avais vu, toutes les Facultés du monde ne pouvaient faire que je ne l'eusse pas vu. En revanche, la sentence d'inconvenance semblait un coup mortel. Comment parler du massage utérin, après elle ? Ceux qui l'auraient le mieux connu, qui auraient été les plus persuadés de son utilité, l'auraient pratiqué en silence, sans prononcer ni écrire son nom ; c'est ce qui arriva. Depuis 1876, j'ai continué de l'appliquer, j'ai guéri pas mal de métrites chroniques, avec ou sans changements de forme et de situation de l'organe ; j'ai rendu le travail possible et la vie tolérable à des femmes qui depuis plusieurs années avaient employé toutes les injections dites infaillibles, tous les pessaires pourvus de la même qualité, chez lesquelles on avait fait des cautérisations du col, des curages de la cavité, etc.

J'ai pris des notes sur ces faits, mais je me suis bien gardé de les publier, tant j'avais été frappé par l'anathème d'autrefois. Je vais exposer les raisons qui me conduisent aujourd'hui à me départir de ma réserve.

CHAPITRE II

Adoption du massage en gynécologie.

SUÈDE, NORVÈGE, FINLANDE, DANEMARK, AMÉRIQUE, ALLEMAGNE, AUTRICHE, ANGLETERRE, RUSSIE. — LES DÉFENSEURS DE LA MÉTHODE.

Les circonstances qui m'avaient imposé une circonspection forcée étaient heureusement accidentelles : tous les jurys n'eurent pas la même opinion que celui de 1876, tous les médecins n'admirent pas ses conclusions. A Stockholm même, Brandt trouva, pour sa méthode, ou du moins pour la défense de son principe un auxiliaire scientifique d'une grande valeur, le Dr Sahlin, alors docent, ou comme on dit ici, professeur agrégé à l'École de médecine. Ce praticien distingué emploie depuis plusieurs années le massage gynécologique et les résultats qu'il obtient sont trop encourageants pour qu'il songe à l'abandonner ; à Christiania, le Dr Nissen procède de la même manière et avec un égal succès ; à Copenhague, le professeur Howitz, un des savants les plus justement estimés du Nord traite par le massage à sa clinique les reliquats inflammatoires péri-utérins. A Helsingfors, le pro-

fesseur Georg Asp s'en sert depuis 1874. Les résultats l'ont tellement satisfait qu'en 1878, à une époque où le procédé était encore tenu en suspicion, il publiait une statistique accompagnée de réflexions judicieuses sur les cas les plus intéressants. « En tenant compte de ces faits, disait-il avant de terminer, je puis affirmer que cette méthode appliquée judicieusement et avec précaution mérite plus de considération qu'aucune autre visant le même but. Je ne me suis pas proposé en publiant ce travail d'engager une polémique avec des adversaires, mais simplement de donner pour ce qu'ils valent les résultats d'une pratique de quatre ans [1].

En Amérique, le massage utérin a eu pour défenseur un gynécologiste bien connu, M. Reeves Jackson. Après avoir énuméré un certain nombre d'affections dans lesquelles il lui semblait indiqué, cet éminent praticien déclarait comme M. Asp qu'il était disposé à le regarder comme un bon remède... qu'il ne serait pas raisonnable de douter de son efficacité [2].

En Allemagne : on l'applique à la clinique du professeur Schultze à Iéna. A Greifswald; le professeur von Preuschen a publié, dans le cours de l'année dernière, une observation intéressante de traitement de

1. *Om Lifmodermassage.* Nord. med. Arkiv., Bd x, n° 22, 1878.

2. *Uterine massage as a mean of treatingcertain forms of enlargement of the womb.* Gynecological transactions, vol. V.

prolapsus utérin par le même procédé. Au début de son article, il s'est engagé à faire connaître plus tard les résultats du massage à sa clinique où il est couramment appliqué [1], le Dr Resch médecin dans la même localité s'en occupe également [2]. Dès 1884, le Dr Prochownik avait fait sur le sujet une communication au congrès des médecins allemands, de Magdebourg [3].

A Vienne : le Dr Bandl l'emploie, le Dr Profanter a, dans un mémoire remarquable, réuni 16 cas de phlegmasies chroniques péri-utérines guéries par le massage [4]. Discuté sérieusement à la séance du 29 mars dernier de la société des médecins de Vienne à la suite d'une communication de M. Fellner ; il donne des résultats excellents à la clinique gynécologique de Prague, dirigée par le professeur Schauta.

En Russie le procédé a trouvé dans la personne du Dr Ott un défenseur convaincu. Au 3e congrès des médecins russes [5], il a prononcé à propos de lui un véritable panégyrique; dans la même assemblée, le

1. *Die Heilung des Vorfalles der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckenmuskulatur und methodische Uterushebung.* Centralbl., für Gynäkologie, 1888, n° 13.

2. Centralbl. für Gynäkologie, 1887, n° 37.

3. *Zur Behandlung alter Beckenexsudaten.* Deutsche med. Wochenschrift, 32, 33.

4. *Die Massage in der Gynäkologie,* Wien, 1887.

5. *Massaj i gimnastika kak lietchebnyi sposob pri boliezniak jenskoi polovoi sphery.* Vratch, 1889, n° 6.

Dr Semianikov a fait connaître les résultats qu'on obtient à la clinique du prof. Slavianski à Saint-Pétersbourg.

M. Macnaughton Jones a fait sur le sujet une communication récente à la société gynécologique de Londres. A la protestation énergique d'un des membres présents, il répondit : « Je ne m'attendais pas à voir le débat prendre cette tournure, j'avais fait un travail sérieux et j'espérais qu'on le discuterait sérieusement. » Le professeur Vulliet de Genève a rapporté, il y a quelques mois, dans le *Journal de médecine de Paris*, plusieurs observations de périmétrites anciennes complètement guéries par le massage.

Cette multiplicité d'observations, de recherches, de communications prouve qu'il vaut la peine qu'on s'en occupe. Des praticiens estimés de différents pays ne se sont pas donnés le mot pour le défendre à cause de son inconvenance ; s'il a trouvé des avocats convaincus, c'est qu'il a des avantages ; on pourrait en modifiant légèrement à propos de lui la définition hippocratique de la médecine, dire « qu'il guérit souvent et soulage toujours. »

Les reproches antérieurs sont insuffisants pour justifier la proscription dont on voulait le frapper : un mot est bientôt lancé et souvent il fait son chemin beaucoup trop vite. Celui qu'on a employé est-il juste? Je ne vois pas trop ce qui constitue l'inconve-

nance. Est-ce le manuel opératoire? Il est simple et banal: le corps de l'utérus, est fixé par l'index et le médius de la main gauche introduits dans le vagin, tandis qu'avec la main droite on le saisit à travers la paroi abdominale et qu'on exerce des pressions plus ou moins fortes suivant le cas : si j'ouvre n'importe quel traité de maladies des femmes, je trouve cette manœuvre décrite et recommandée.

La figure 125 de l'ouvrage de Courty, la représente. Il n'y a qu'un seul doigt dans le cul-de-sac antérieur du vagin. Comme il s'agit d'une coupe schématique, il eût été difficile de faire voir en même temps le corps et les deux doigts qui le maintiennent [1]. C'est la raison pour laquelle le dessinateur n'a pas reproduit intégralement le temps essentiel du massage : « Si vous voulez, dit Gallard, compléter d'une façon aussi avantageuse que possible, les renseignements qui vous sont fournis par le toucher, pratiquez simultanément la palpation hypogastrique.

» Tandis que le doigt introduit dans le vagin ou les deux doigts introduits l'un dans le vagin, l'autre dans le rectum, repoussent du haut en bas l'utérus et les organes qui sont appendus à ses côtés : l'autre main appuyée sur la paroi antérieure de l'abdomen déprimant doucement cette paroi et s'enfonçant aussi profondément que possible dans la cavité pelvienne

1. *Traité clinique des maladies de l'utérus*, 3e éd., t. I, p. 163.

sentira le corps de l'utérus s'élever vers elle, si cet organe se trouve dans des conditions normales [1]. »

On pourrait trouver, sans sortir des classiques, dix citations de même ordre. Serait-il illégitime de pratiquer dans un but thérapeutique ce que l'on fait couramment pour arriver au diagnostic ?

Il est facile de parler d'inconvenance. L'introduction du speculum dans la pratique, il y a une quarantaine d'années souleva des tempêtes de récriminations en Angleterre ; elles sont si bien oubliées que nulle part la gynécologie n'est plus prospère que dans ce pays. On a accusé l'auscultation d'inconvenance, ce fut la principale objection qu'on lui fit dans les sphères officielles de ce temps là ; elle a fait son chemin.

On peut conclure de tout cela qu'une sentence même capitale a peu de chances d'être définitive si elle n'est pas appuyée sur des considérants irréfutables.

On a dit que le massage gynécologique est inconvenant, voyons s'il est utile. S'il l'est, sa légitimité sera démontrée et son avenir assuré, malgré la protestation des pudeurs professionnelles révoltées.

Nous allons essayer de montrer dans quelles conditions il est utile.

1 *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, Paris 1879, p. 231-232.

CHAPITRE III

De la métrite.

DIFFICULTÉS QUE PRÉSENTE SON ÉTUDE. — DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE CLASSIFICATION. — LEURS INCONVÉNIENTS. — COUP D'ŒIL GÉNÉRAL SUR LES LÉSIONS ANATOMIQUES ET LES PRINCIPAUX PHÉNOMÈNES CLINIQUES. — MÉTRITE PARENCHYMATEUSE ET ENDOMÉTRITE FONGUEUSE.

Je ne saurais, dans un travail thérapeutique passer complètement en revue la pathologie utérine, mais il me paraît difficile d'arriver à l'exposé de mes faits, sans faire une tentative pour déterminer la nature des affections dans lesquelles j'ai appliqué le massage, dans lesquelles il m'a réussi. Jai rangé le plus grand nombre de mes observations sous le nom de métrites ; les autres sont relatives à des corps fibreux, à des prolapsus, etc.

Il s'en faut de beaucoup que tous les auteurs entendent la métrite de la même façon ; à cet égard, on ne trouverait peut-être pas deux traités présentant des tableaux ne différant que par les détails. Laissons de côté les formes aiguës, qui ne sont pas justiciables du massage, la description ne perdra rien à être

bornée aux formes chroniques. Il y a bien assez de dissentiments à propos d'elles, pour qu'il soit difficile de faire rentrer dans un cadre naturel, tous les phénomènes qu'on leur rattache.

Il semble, au premier abord, que l'histologie a dû faire connaître la lésion caractéristique. A l'état normal, l'utérus renferme du tissu conjonctif et musculaire, des vaisseaux, des nerfs, des glandes ; on peut voir s'il existe des altérations de ces éléments dans une partie donnée ; si elles présentent les mêmes caractères, passent par les mêmes phases que dans d'autres organes. Il serait alors possible de dire en quoi les modifications inflammatoires se distinguent des altérations de même siège et d'une autre nature. Le problème a été posé plus d'une d'une fois, il n'a jamais été résolu à la satisfaction de tout le monde et l'on trouve encore de nombreuses divergences à propos des affections dont nous allons nous occuper.

Aran[1], décrivant un état de l'utérus caractérisé par une hyperémie persistante et une exsudation interstitielle, admettait avec Robin, que l'exsudat semi-liquide, s'organisait, s'accolait aux éléments normaux et contribuait à en augmenter le nombre et le volume ; mais il ne voulait pas qu'on parlât d'inflammation ou d'hypertrophie à propos de ces phénomènes qu'il rapportait à l'engorgement.

1. *Traité des maladies de l'utérus*, p. 487.

Kiwisch voyait là une phlegmasie chronique [1]; Becquerel dissociant l'ancien engorgement, déclarait qu'on avait donné ce nom à l'inflammation chronique, à la congestion sanguine, à la congestion ou engorgement hypertrophique; ses explications un peu longues sur ces deux derniers états ne permettaient pas d'entrevoir à quel caractère on pouvait distinguer l'un de l'autre [2]. Nonat, plus catégorique, déclarait que tous les engorgements étaient inflammatoires; Huguier[3] ne l'affirmait pas, mais ses descriptions montraient assez qu'il était peu éloigné de le croire. Ce fut surtout H. H. Bennett, qui défendit et vulgarisa l'idée que la métrite chronique englobe tout ce qu'on a réuni ou décrit sous le nom de congestion, engorgement, hypertrophie, etc.

Les anatomo-pathologistes n'étaient pas plus d'accord; Rokitansky[4], au lieu d'une description minutieuse qu'on aurait pu attendre dans un ouvrage classique complet, déclarait que la métrite chronique peut se développer après les inflammations aiguës de longue durée et que l'engorgement s'y rattache. Förster dit à peu près la même chose en termes différents [5]; Scanzoni, après avoir passé en revue les travaux antérieurs

1. Klin. Vorträge 4te *Aufl.*, I, p. 580.
2. *Traité clinique des maladies de l'utérus*, II, p. 557
3 *Traité pratique des maladies de l'utérus*, Paris 1860, p. 112.
4. *Pathologische Anatomie*. 3te *Aufl.*, III, p. 477.
5. *Spec. pathol. Anatomie*, p. 134.

et résumé ses recherches personnelles, conclut ainsi : « Le terme de métrite chronique ne s'applique pas proprement à tous les cas auxquels on donne ce nom. Beaucoup même des engorgements de la matrice qu'on regarde comme inflammatoires, ne possèdent pas d'inflammation dans les sens précis du mot : ce sont des désordres de nutrition comme on en voit se former dans d'autres organes à la suite d'une hyperémie veineuse, persistante [1]. »

Ceux qui admettaient plus franchement la métrite chronique n'étaient même pas d'accord sur tous les points. MM. Demarquay et Saint-Vel ont des chapitres isolés sur la métrite parenchymateuse, et l'endométrite chronique du corps, sur la métrite chronique chez les vierges, etc. D'après Martineau, il faudrait diviser les métrites en constitutionnelles et non constitutionnelles ; il est difficile de fixer les limites de chaque variété. Courty a fait une classification plus complète, il a réuni dans un tableau d'ensemble les éléments de toutes les classifications imaginables. Pour en trouver une qui convienne on n'a qu'à choisir d'après ses préférences ou les besoins de son exposition. On peut tenir compte :

1° Du siège et de l'étendue et décrire une métrite générale et une métrite limitée ;

1. *De la métrite chronique* trad. par Siffermann., Paris, Masson, 1866, p. 52.

2° Au point de vue de la diversité des fragments de l'utérus, la métrite peut être totale ou partielle ;

3° Par rapport à la marche, elle peut être aiguë, subaiguë, chronique ;

4° Tenant compte surtout des causes, on peut décrire une métrite puerpérale et une métrite non puerpérale ;

5° Dans la seconde variété il y a des métrites traumatiques et diathésiques ;

6° Si l'on s'attache à la terminaison, il y a des métrites suppurées, fongueuses, etc. ;

7° La détermination histologique des différentes couches envahies par l'inflammation, permet de décrire des endométrites, lorsque la muqueuse est surtout intéressée, des métrites parenchymateuses, si les accidents sont localisés au parenchyme, des paramétrites lorsque le feuillet pariétal est pris ;

8° Par rapport à la localisation de la phlegmasie sur un des tissus, on peut décrire : des métrites fongueuses vasculaires, hémorragiques, etc.;

9° D'après les accidents concomitants, la métrite peut être simple ou compliquée.

Et malgré la multiplicité de ces divisions, Courty ne rattache pas à la métrite tout ce que d'autres lui attribuent. « Plusieurs, dit-il, ne craignaient pas de faire rentrer dans la description certains états morbides qui en sont souvent les précurseurs et en

préparent l'avènement comme la fluxion, la congestion, de même qu'un grand nombre d'états morbides qui en sont la suite ou les conséquences, comme l'engorgement, l'œdème, l'hypertrophie, les granulations, les ulcères, etc. Je ne nie pas que les uns de ces états morbides ne puissent être effectivement les premiers stades de l'inflammation et que les autres n'en représentent souvent que les manifestations ultimes. Mais faut-il pour cela forcer tous ces états morbides à rentrer dans le cadre de l'inflammation, et y gagnera-t-on quelque chose? Comme je l'ai dit à propos de la fluxion, chaque fois que j'ai trouvé dans un état morbide des caractères propres de diagnostic et une indication de traitement, tels que ceux que j'ai groupés en regard dans un tableau synoptique, j'ai cru devoir le décrire comme un état morbide spécial et non comme un simple stade de l'iflammation. »

Ces idées peuvent être défendues ; les faits sur lesquels elles reposent sont réels, mais vraiment, si en pathologie utérine on doit réaliser les conditions rigoureusement nécessaires de tout diagnostic bien fait, une nomenclature basée sur la classification de Courty créerait plus souvent qu'on ne le croit des difficultés : quelles limites séparent la fluxion de l'inflammation ? l'inflammation de l'engorgement ? Admettons qu'à force de soin et de rigueur dans l'analyse

nous ayons franchi ce premier pas, que nous soyons allés plus loin, que nous ayons déterminé le siège, la forme, l'étendue, voici un échantillon de la manière dont devront être libellées nos conclusions :

Endométrite, *chronique*, *partielle*, *limitée au corps*, *non puerpérale*, *diathésique*, *proliférante*, *hémorrhagique*, *non compliquée*.

Ce luxe de renseignements correspond à des détails d'observation : aucun n'est inutile ; tous servent pour le pronostic, tous fournissent des indications pour le traitement. Est-il nécessaire de les faire rentrer dans un titre ? de donner à la nosographie cet aspect rébarbatif : il nous semble qu'on peut se guider à moins de frais, arriver à comprendre ce qu'on voit et à dire ce qu'on traite sans ce luxe d'épithètes.

Quelques notions simples et peu discutées de pathologie générale vont nous le permettre. La première et la plus naturelle des divisions classe les métrites d'après la rapidité du processus en *aiguës* et *chroniques* ; les premières ne nous intéressent pas.

Les inflammations chroniques peuvent présenter : 1° un stade de d'hyperémie ; 2° un stade d'exsudation ; 3° un stade de transformation de l'exsudat. Si nous éliminons de ce dernier la suppuration et la gangrène qui correspondent aux formes aiguës nous nous trouverons dans le dernier cas en présence de l'organisation de l'exsudat, c'est-à-dire de l'hyperplasie des

tissus, et de l'hypertrophie de l'organe. Admettons, ce qui est de règle, que ces lésions pussent être contemporaines ; c'est-à-dire que dans une région donnée de la muqueuse ou du parenchyme du col et du corps, vous pouvez avoir un exsudat fibrineux récent ; tandis que dans le voisinage un autre est passé à l'hyperplasie conjonctive et qu'autour les veines dilatées sont gorgées de sang. On peut dire que le stade d'hyperémie accompagne les deux autres; ce polymorphisme est dans la nature des choses, il correspond aux irrégularités du processus; on l'observe dans toutes les métrites chroniques.

Nous avons déjà retranché plusieurs paragraphes du chapitre de M. Courty, nous pouvons sans dificulté supprimer la congestion, l'engorgement, l'hypertrophie.

D'un autre côté il est difficile d'admettre une délimitation précise de la maladie à un segment de l'organe; les accidents sont parfois plus prononcés du côté de l'un que du côté de l'autre, mais on ne peut croire à l'intégrité absolue du col lorsque le corps est pris de longue date. Les fibres musculaires de la paroi utérine peuvent-elles être intactes lorsqu'il existe une endométrite de date ancienne? Non, car notre remarque est applicable aux tissus. Stokes a formulé cette loi : que l'inflammation persistante d'une muqueuse amène la paralysie des fibres sous-jacen-

tes, elle est vraie pour l'utérus. Sa muqueuse ne reste pas indemne dans l'inflammation du parenchyme. On pourrait à la rigueur si l'on ne tenait compte que des altérations anatomiques tout décrire sous le nom générique de métrite chronique. Les phénomènes cliniques, surtout quand on les étudie comme nous avec une arrière pensée d'intervention en indiquent une. Les principaux symptômes objectifs de la métrite chronique sont fournis par les changements de forme, de situation, de volume et de structure de l'organe ou de ses parties. Les symptômes subjectifs sont d'ordre fonctionnel, et parmi eux les plus sérieux sont : la stérilité acquise, la douleur locale, la dysménorrhée, les métrorrhagies, la leucorrhée. On peut trouver ces phénomènes dans toutes les métrites, mais quand certains prédominent, on songe à une partie de l'organe plutôt qu'à une autre.

Existe-t-il une augmentation de volume avec dilatation de la cavité, antéflexion ou rétroflexion, c'est au parenchyme qu'on pense, tandis que la leucorrhée et les métrorrhagies rebelles attirent l'attention du côté de la muqueuse.

Il nous semble donc indispensable de tenir compte pour la division des groupements symptomatiques. Chez certaines femmes, le phénomène prédominant est l'hémorrhagie : elle correspond à l'écoulement

menstruel et à ses intervalles ; elle est rebelle, met la vie en cause. Avec la curette, on ramène des fongosités, il est évident que l'altération de la muqueuse, est la principale et presque la seule cause de l'écoulement sanguin.

Les auteurs ont décrit cette maladie sous le nom d'*endométrite fongueuse ;* on doit lui accorder une place à part.

Nous appellerons *parenchymateuses* toutes les autres variétés. Je ne veux pas dire par là que dans celles-ci la musculature du corps soit fatalement seule en cause à l'origine : il est probable que tout part, dans bien des cas de la muqueuse. Mais au moment où les malades viennent réclamer le massage, c'est-à-dire longtemps après le début des accidents, lorsqu'elles ont eu en vain recours à des médications nombreuses, le parenchyme n'est plus normal, il a été touché par le processus et il existe une métrite parenchymateuse dans le sens absolu du mot : qu'elle ait existé dès le début, peu importe si elle contribue à donner leur physionomie et leur marche aux accidents généraux. Nous décrirons donc deux variétés de métrite chronique, celle de la *paroi* (parenchymateuse) et celle de son *revêtement interne* (endométrite fongueuse).

CHAPITRE IV

La métrite parenchymateuse et ses conséquences.

QUELQUES MOTS SUR L'ANATOMIE DE L'UTÉRUS. — PRÉDOMINANCE DU SYSTÈME VEINEUX SUR LE SYSTÈME ARTÉRIEL. — TERMINAISON DES NERFS. INFLUENCE DE L'INFLAMMATION DU PARENCHYME UTÉRIN SUR LA MUQUEUSE. — STASE VEINEUSE ET LYMPHATIQUE. CATARRHE UTÉRIN. LEUCORRHÉE ET MÉTRORRHAGIES. — LA CONCEPTION EST-ELLE POSSIBLE ? — STÉRILITÉ ACQUISE. — INFLUENCE DU MASSAGE.

L'inflammation chronique d'un segment retentit sur les tissus du voisinage et même au loin; troubles par propagation, par irradiation, par voie réflexe nous trouverons tout cela dans la symptomatologie. C'est du côté du système circulatoire et du système nerveux que s'observent les plus importants ; plus tard lorsque l'organe est augmenté de volume, lorsque sa nutrition a souffert et qu'il présente des ulcérations, une flaccidité telle qu'il paraît incapable d'une réaction sérieuse surviennent des symptômes secondaires qui font oublier les accidents originels et songer seulement à leurs conséquences. Mais par

ce fait que les veines et les nerfs sont en cause, on peut conclure qu'il n'existe aucune contre-indication du massage, puisque c'est dans ces conditions une des plus sûres et des meilleures méthodes qu'on puisse employer.

Avant d'étudier les particularités cliniques et la pathogénie de la métrite parenchymateuse, il nous paraît bon, sans revenir sur l'anatomie de l'utérus, aujourd'hui bien connue, de rappeler certains points de sa structure sur lesquels on passe vite dans les traités spéciaux.

La distribution des artères et des veines est bien décrite, les secondes présentent une capacité supérieure à celle des premières ; c'est pour cela que les gynécologistes de l'ancienne école ont si longtemps voulu conserver une congestion essentielle et distincte. Dans un milieu riche en plexus veineux, un foyer limité d'inflammation est entouré d'une zone étendue et mal limitée de stase veineuse. M. Mayrhofer a signalé avec beaucoup de précision cette disparate entre la circulation artérielle et la circulation veineuse.

Lorsque l'on a devant les yeux, dit-il, une préparation dans laquelle les artères et les veines de l'utérus sont remplies de matières colorantes différentes, on est frappé de l'étendue considérable occupée par l'injection veineuse proportionnellement à l'injection artérielle.

Les canaux qui servent à l'apport du sang à l'utérus sont les artères utéro-ovariennes et utérines. Les premières qui se placent entre les feuillets des ligaments larges, après avoir quitté la face interne du psoas fournissent à l'ovaire et à la trompe ; elles donnent même vers le fond de l'utérus, quelques rameaux très minces qui s'anastomosent avec ceux de l'artère utérine.

Les artères utérines, qui sont les canaux artériels les plus importants de l'organe viennent de l'hypogastrique au niveau du bord inférieur du ligament large ; elles s'étendent en dedans à la portion cervicale et fournissent quelques artérioles au vagin, puis s'élèvent sur les côtés de l'utérus jusqu'au fond. Chez les vierges, ces artères sont droites ; dans la grossesse, elles présentent la disposition hélicoïde ; celle-ci ne disparaît pas après l'accouchement et l'involution utérine ; la seule modification qu'elle subit consiste dans le rétrécissement des spirales et des vaisseaux.

On admet quelquefois, à tort je crois, que le courant sanguin dans ces artères doit éprouver quelques difficultés à cause de leur direction verticale de bas en haut ; on a tenu trop compte de la direction de ces vaisseaux étant donnée leur importance. Voici ce que dit Hyrtl dans son *Traité d'anatomie topographique* sur ces spirales. « La disposition hélicoïde des artères utérines est une conséquence de cette loi physique

par suite de laquelle le mouvement de bas en haut des liquides est moins difficile dans des vaisseaux hélicoïdes que dans des vaisseaux droits. » Il n'est pas nécessaire de voir dans la disposition des artères utérines un adjuvant de l'action du cœur ; parce que l'on n'a pas affaire à des conduits rigides mais à des vaisseaux élastiques qui se dilatent à chaque pulsation, s'étendent en longueur, et dont les changements de volume ont pour conséquence de pousser le sang en avant et en arrière ; on se trompe grossièrement en admettant qu'un long canal combat mieux l'obstacle apporté au mouvement du sang qu'un canal de même diamètre et sensiblement plus court.

On me paraît au contraire autorisé à admettre que si les troubles par ralentissement de la circulation utérine disparaissent plus aisément chez les jeunes filles que chez les femmes qui ont eu des enfants, cela tient en grande partie à la diminution de la force de propulsion due à la disposition hélicoïde des artères.

Quelle est la cause de cette disposition ? C'est une énigme pour les gynécologistes. Ils ont du reste eu déjà l'occasion de se trouver en présence d'une autre de même ordre, la disposition hélicoïde des vaisseaux du cordon ombilical. Aucune bonne explication n'a été donnée : cela tient peut-être à ce qu'on les observe tous les jours, et que par suite de leur banalité elles ne paraissent pas dignes

d'une étude sérieuse. Avouons plutôt que tout ce qui a été fait jusqu'ici est constitué par des recherches imparfaites et timides sans proportion avec les difficultés du problème. Les expériences physiologiques devraient précéder les recherches physiques ; et il ne faut pas se dissimuler qu'elles réclameraient un travail qui n'est ni léger ni facile, qu'elles ne viseraient point un but éclatant à propos duquel il est impossible de s'égarer, qu'elles ne pourraient conduire vite au succès.

Le système veineux utérin présente une importance plus sérieuse au point de vue de troubles circulatoires. Les veines s'abouchent en partie dans les plexus utérins qui se trouvent placés à droite et à gauche de l'organe entre les feuillets du ligament large; en partie dans le plexus pampiniforme, qui est en connexion avec celles-ci dans la partie supérieure du ligament même; celui-ci reçoit également les veines des ovaires et des trompes ; de ces plexus, quelques rameaux seulement vont dans la veine utéro-ovarienne. Ce réseau de canaux présente une très grande capacité, de telle sorte que celui qui l'injecte ou le voit injecter est étonné de la quantité énorme de liquide qu'il faut pour terminer l'opération. Ce lacis de gros canaux veineux ne présente pour ainsi dire pas de valvules, il n'y en a pas davantage dans les veines du parenchyme utérin, celles des réseaux qui

l'entourent en ont de rares et peu importantes. Tous ces espaces veineux y compris la veine utéro-ovarienne sont extra-péritonéaux; leur pression correspond à la pression intra-abdominale; elle est supérieure à la pression atmosphérique; il est bon de remarquer qu'en Europe au moins la femme est beaucoup plus sujette que l'homme à la constipation [1] ».

Cette disposition explique bien des anomalies fonctionnelles, bien des particularités morbides, nous avons indiqué son importance dans la métrite chronique. L'auteur que nous venons de citer fait des réflexions analogues. « La fréquence des congestions passives n'a rien de surprenant. La *vis a tergo* peu énergique des artères paraît à peine suffisante pour repousser une pareille masse de sang veineux. On se demande comment les congestions ne se présentent pas chez toutes les femmes. »

Et la masse de sang augmente encore aux périodes menstruelles, la *vis a tergo* diminue pour peu que l'on ait affaire à des personnes affaiblies, chlorotiques chez lesquelles les contractions du cœur ne présentent qu'une faible énergie.

Les lymphatiques présentent une disposition comparable à celle des veines. D'une étude faite il y a 15 ans, par Léopold, il résulte que dans l'utérus non

1. *Sterilität d. Weibes.* in Billroth. Handb. d. Frauenkrankheiten, 2e Abschn., Stuttgart, 1882.

gravide, la plus grande partie de ces vaisseaux sont placés dans la muqueuse et y forment des sinus terminés en infundibula ; ils communiquent avec d'autres moins nombreux de la couche musculaire, disparaissent sous la séreuse où l'on ne trouve plus que des vaisseaux lymphatiques, formant un réseau moins abondant que celui des vaisseaux sanguins, anastomosé avec les lymphatiques profonds se divisant en deux groupes principaux de chaque côté : l'inférieur formé par les vaisseaux venant du col et allant se jeter dans les ganglions plviens latéraux ; les supérieurs qui se rendent aux ganglions lombaires [1].

Les nerfs bien étudiés en 1867 par Frankenhäuser viennent du plexus cœliaque par l'intermédiaire du plexus rénal qui, par son ganglion inférieur, se distribue aux ovaires et aux ganglions génitaux. Au nombre de 4, ils reçoivent des rameaux du grand sympathique et en donnent aux ovaires. Le grand plexus utérin se trouve au-dessus de la naissance de la mésentérique inférieure : il est formé de filets venant des ganglions génitaux et des ganglions lombaires du grand sympathique. De chaque côté du col se trouvent de gros ganglions symétriques, c'est d'eux que proviennent la plus grande partie des nerfs de l'utérus ; les autres viennent des plexus hypogastriques [1]. Frankenhäuser

1. *Archiv. für Gynäkologie*, Bd, VI, Hft. 1, 1873.
1. *Die Nerven der Gebärmutter*, Iena, 1867, in fol. 8 pl.

avait été moins précis sur la terminaison des nerfs dans le parenchyme utérin. Il a trouvé des nerfs à double contour seulement dans les couches extérieures de l'utérus gravide; celui-ci diffère de l'utérus à l'état de vacuité en ce que, dans ce dernier, il n'y a que des nerfs pâles, réticulés. La grossesse aurait donc pour effet de transformer les nerfs pâles en nerfs à double contour, elle aurait pour effet d'augmenter le volume des nerfs de l'utérus. » (Courty.)

Tout cela est vague, comment se comportent ces nerfs relativement à la muqueuse et à ses glandes ? leurs terminaisons arrivent-elles jusque-là ? le travail de Frankenhäuser est muet à cet égard.

Un anatomiste russe, le Dr F. A. Patenko a essayé de combler ces lacunes, à l'aide de recherches faites sur des utérus récemment enlevés par voie vaginale, à cause de cancers limités à leur position cervicale. Voici quelles furent les conclusions d'un travail lu par lui à la Société des médecins russes de Saint-Pétersbourg, dans la séance du 25 septembre 1880 :

« Dans nos préparations, nous avons toujours vu que les culs-de-sac glandulaires présentent un riche réseau de fibres nerveuses sans moelle. Ce réseau s'étale à la face externe de la membrane propre dans les couches inférieures du tissu conjonctif, les plus rapprochées des glandes, et constituant une sorte de soutien pour l'endothélium. De là nous pouvons suivre

ces fibres nerveuses plus loin vers l'intérieur, elles se distribuent entre les cellules épithéliales, s'y perdent et paraissent entrer plus avant encore dans l'épithélium glandulaire; nous n'avons pas réussi à les y suivre. Dans les mailles du réseau superficiel, se trouvent de petites cellules nerveuses.

En tenant compte de ce fait : qu'aux limites mêmes de la musculature et de la muqueuse utérine, il n'est pas rare de rencontrer des réseaux formés par 3 ou 4 fibres nerveuses sans moelle et au même niveau, des petites cellules ganglionnaires avec les fibres qui en partent, tenant compte de cette autre circonstance que la plus grande partie des glandes de la muqueuse ont leurs culs-de-sac dans le tissu conjonctif intermusculaire, écartant à la manière d'un coin deux faisceaux musculaires (Léopold) nous pouvons admettre comme vraisemblable que le réseau nerveux vu par nous, autour des glandes de la muqueuse à son origine dans les fibres et les faisceaux nerveux que renferme le tissu conjonctif intermusculaire[1]. »

Nous avons maintenant les données nécessaires pour nous expliquer les principaux phénomènes auxquels peut donner lieu la métrite parenchymateuse et les résultats du traitement.

Nous n'avons guère à nous occuper d'étiologie,

1. *Ob okontchanii nervov v lizistoi Obolchtchkie matki.* Troudy Obchtchesva Rousskik Vratchei t. V. Saint-Pétersbourg 1880, p. 11.

nous avons trouvé dans Courty une variété puerpérale et une non puerpérale. Gallard a décrit une métrite des filles vierges; elle est aiguë et ne se traite pas par le massage.

Dans presque toutes nos observations, la maladie avait pour origine la grossesse, l'accouchement et leurs suites. Les patientes ne pouvaient donner des détails précis sur les phénomènes du début, mais elles se rappelaient qu'ils étaient apparus soit à la suite d'une fausse couche, soit peu de temps après la naissance de leur dernier enfant.

On peut donc affirmer sans erreur que la métrite parenchymateuse chronique est la *suite ordinaire* d'une *inflammation aiguë d'origine puerpérale.*

Lorsque nous voyons pour la première fois ces personnes, le stade d'hyperémie active est passé, nous en sommes à l'exsudation et à la transformation de l'exsudat. Isolant systématiquement la lésion, nous l'avons supposée limitée à la couche musculaire. Cette hypothèse, indispensable pour l'étude et l'exposition ne répond que dans un nombre restreint de cas à la réalité des faits. Des autopsies faites à la suite de décès causés par des affections intercurrentes ont montré quelquefois des indurations limitées; elles sont rares et ne se produisent que tardivement; dans la plupart des cas la métrite est mixte, c'est-à-dire paren-

chymateuse et muqueuse; nous pouvons pourtant supposer qu'il en existe une variété nettement localisée et chercher ses conséquences.

Nous sommes en présence d'une exsudation interstitielle, créant une gêne mécanique à la circulation, il se fait une congestion persistante de la muqueuse accompagnée d'une leucorrhée profuse, d'une desquammation catarrhale exagérée avec des phénomènes généraux de siège et d'intensité variables. Chez la personne qui fait le sujet de l'observation 2, l'écoulement avait amené de l'erythème de la vulve et de la face interne des cuisses. Cette observation est un bon spécimen de la métrite parenchymateuse à catarrhe prédominant : le corps était volumineux, extrêmement mobile ; sa cavité était dilatée ; il y avait une ulcération de la lèvre postérieure du col, la malade souffrait de douleurs des reins, du ventre, elle était obligée de se reposer plusieurs fois dans la journée, mais c'est surtout de pertes blanches qu'elle se plaignait.

Il est peut-être sans exemple que le principal symptôme soit isolé. Dans l'observation citée nous avons vu une ulcération du col, il en existait également dans d'autres ; c'est un accident fréquent de la métrite parenchymateuse. Il est rare que les médecins ne s'y attachent pas, qu'ils n'appliquent pas contre lui et avec persévérance les traitements dits

radicaux ; ce sont de simples contre-sens thérapeutiques. La stase de la muqueuse du corps et du col a été amenée par la disproportion entre la capacité des vaisseaux à sang rouge et celle des vaisseaux à sang noir; on comprend qu'elle s'accompagne d'anémie artérielle ; que celle-ci présente des variations correspondant au degré d'infiltration du tissu sous-muqueux; il est probable que certaines ulcérations sont des gangrènes moléculaires tandis que d'autres se produisent par un mécanisme analogue à celui de l'ulcère variqueux.

Les cautérisations ne peuvent avoir qu'un effet palliatif et temporaire; on arrive à guérir l'ulcération, mais l'écoulement persiste, l'état général ne devient pas meilleur; les douleurs ne sont pas soulagées, elles furent même exagérées chez une de nos malades[1].

Cette personne avait une leucorrhée abondante avec ulcération du col. Persuadée à tort que celle-ci était la cause de tout, une sage-femme la traita : pendant 8 mois elle plaça des crayons de nitrate d'argent dans la cavité cervicale. L'ulcération se ferma, mais il resta une telle atrésie cicatricielle que la dysmé-

1. En général les ulcères se cicatrisent seuls lorsque la métrite parenchymateuse a été guérie par le massage ; si cependant ils ont une très grande étendue et persistent après la fin du traitement on peut hâter leur cicatrisation par des cautérisations légères qui réussissent très bien dans ce cas.

norrhée fut augmentée et devint plus inquiétante que les pertes blanches ; nous dûmes débrider avant de commencer le massage.

Dans l'observation 3, la leucorrhée était encore le principal symptôme, mais pas plus que dans les cas précédents il ne resta isolé. En parcourant tous nos faits on verrait qu'il est souvent accompagné de ménorrhagies, de pertes rouges dans l'intervalle des périodes, de dysménorrhée. On peut dire que toute métrite parenchymateuse du corps, si limitée qu'elle soit s'accompagne de congestion veineuse et lymphatique, avec hypersécrétion glandulaire de la muqueuse ; que le phénomène capital, de cet état est une leucorrhée accompagnée de métrorrhagies si l'hyperémie a été assez intense pour aboutir à des ruptures vasculaires.

Que devient l'aptitude à la conception? C'est ce que nous allons discuter. Notre observation IV est relative à une femme de 24 ans, mariée depuis 3 ans, sans enfants, qui était venue me trouver à cause de pertes blanches rebelles avec ulcération du col. Ces accidents dataient de son voyage de noces en Suisse; à la suite d'une excursion fatigante dans les montagnes, elle eut une perte rouge, depuis lors, elle n'alla jamais tout à fait bien. Le véritable nom de cette perte était avortement précoce : et à ce moment correspondit la phase aiguë de la métrite pour laquelle

je la traitai ; le massage guérit la leucorrhée et la stérilité.

Je ne veux pas analyser les faits qui suivent : je ferai remarquer simplement que dans bon nombre d'entre eux il y avait des changements de forme et de situation de l'utérus (observations X, XII, XVI, XVII, XVIII, XIX, etc.). Ces altérations, habituelles dans le cours des métrites anciennes, pourraient être accusées. On a cru longtemps que les flexions apportaient un obstacle à la fécondation de l'ovule : cette idée est fausse.

La stérilité n'est pas rare dans les affections anciennes de l'utérus : d'après la statistique de Grünewaldt, sur 56 femmes atteintes de métrite chronique, on la constata dans 46,4 0/0 des cas ; elle paraît plus fréquente dans l'inflammation du parenchyme que dans l'endométrite ; les gynécologistes sont d'accord à cet égard, mais ils sont loin d'expliquer le fait de la même manière. Nous avons indiqué le rôle qu'on a fait jouer aux flexions. Lorsqu'elles n'existent pas, il y a d'autres causes de stérilité. En voici quelques-uns dont on a beaucoup parlé :

1° L'hypersécrétion de la muqueuse produit des bouchons gélatineux qui oblitèrent l'orifice dn col et empêchent la pénétration des spermatozoïdes.

2° La sécrétion fétide et acide les rend impropres à exercer aucune action sur l'ovule.

3° Il se produit à la longue une atrésie cervicale qui constitue un obstacle mécanique.

La première considération n'explique rien ; on pourrait admettre qu'un bouchon muqueux entrave momentanément la conception ; mais il est impossible qu'il arrive à constituer un obstacle permanent. Je ne parle de stérilité que quand il s'est écoulé au moins trois ans depuis le dernier accouchement, chez des femmes se trouvant en pleine activité de la vie sexuelle et désirant des enfants.

L'influence de la qualité de la sécrétion n'est pas mieux démontrée : on a vu des conceptions dans le cours de cancers de l'utérus avec ichor fétide. Ce liquide devait exercer sur les spermatozoïdes une action plus délétère que les produits catarrhaux. Reste l'atrésie : sous l'influence des idées de Sims, on lui accorda longtemps une importance exagérée. Beaucoup de faits contribuèrent à induire en erreur : des discisions du col firent disparaître une partie des accidents dont se plaignaient les malades et les rendirent fécondes. Dans la plupart de ces cas, les atrésies étaient consécutives à des cautérisations. On se trouvait en présence d'un de ces cercles vicieux qu'on rencontre à chaque pas dans la pathologie utérine. L'hypersécrétion muco-purulente est abondante : le liquide s'amasse dans la cavité, distend une paroi incapable de réagir sérieusement, exagère la stase

veineuse ; plus celle-ci est prononcée, plus la sécrétion catarrhale est abondante : la masse liquide intra-utérine devenant chaque jour plus considérable, distend et amincit en proportion les parois. En ouvrant une voie à l'écoulement, on supprime un des facteurs ; en même temps, la saignée locale faite dans l'opération diminue la stase : pour peu qu'on modifie la muqueuse par des injections astringentes ou caustiques, qu'on relève l'état général, on peut arriver à une guérison. L'organe reprend sa tonicité et devient apte à remplir son rôle. C'est de cette manière que la discision rend des services dans le traitement des stérilités acquises.

Depuis longtemps, Lott a montré que la véritable cause de la progression des spermatozoïdes dans le vagin était leur mobilité. On a cité des cas dans lesquels la fécondation s'est faite malgré des obstacles bien plus sérieux qu'une atrésie du col. Une malade de Scanzoni, qui avait un polype fibreux saillant à l'orifice cervical, devint sept fois enceinte : ces grossesses se terminèrent par des avortements ; l'inflammation et les métrorrhagies expliquaient ces accidents. Le même auteur parle d'un cas d'antéversion irréductible accompagné d'hypertrophie de tout l'utérus, avec allongement de la portion vaginale du col; il ne put réussir à faire pénétrer l'hystéromètre dans la cavité ; cette déformation était accompagnée

d'une dysménorrhée pénible. La malade devint enceinte après 10 ans de mariage, et la grossesse se termina par un accouchement à terme. L'auteur vit cette personne plus tard ; les choses étaient toujours dans le même état[1]. Il est impossible de supposer que le déplacement avait été cause de la longue stérilité ; sous l'influence des traitements suivis, de l'amélioration de l'état général, la muqueuse utérine s'était modifiée, et la conception était devenue possible.

Je ne crois pas, pour mon compte, que les déplacements, les changements de forme, les atrésies, puissent apporter un obstacle insurmontable à la fécondation ; s'il existe un orifice suffisant pour le passage du sang menstruel, les spermatozoïdes peuvent pénétrer dans la cavité utérine.

L'ovule fécondé se développe-t-il ? la grossesse peut-elle suivre son cours ? C'est une autre question. La malade de Scanzoni, qui devint sept fois enceinte, eut sept fausses couches. Ces résultats tenaient moins à la présence du polype qu'à la métrite occasionnée par lui. Quel que soit son siège primitif, l'inflammation amène toujours des changements structuraux de la muqueuse ; la fixation de l'œuf fécondé et son développement deviennent souvent impossibles ; la sécrétion catarrhale et les métrorrha-

1. *M. Sims Lehre vonhden Ursachen und derer Behandlung der Sterilität.* Beitr. zur Geburtsk u. Gynäkolog. *Bd.* 1 II *ft.* 1870, p. 109 et suiv.

gies rendent son expulsion facile. Klebs a fait remarquer que les phlegmasies chroniques se terminent par l'atrophie de la muqueuse, la dégénérescence kystique de ses glandes[1]. Schröder, suivant de plus près le phénomène, veut que l'épithélium à cils vibratiles s'exfolie et disparaisse ; qu'il soit remplacé par une couche mince d'épithélium pavimenteux, recouvrant le tissu conjonctif sans glandes qui constitue à ce moment toute la muqueuse[2] du corps.

« Nous ne pouvons pas admettre, dit Grünewaldt dans un travail intéressant sur la stérilité, que le processus inflammatoire n'exerce pas son influence délétère sur la capacité de fixation de l'œuf fécondé ; seulement, quand il est terminé, si nous nous en rapportons à l'expérience clinique, nous devons plutôt croire que cette influence se produit avant l'atrophie complète. Les éléments de la muqueuse enflammée ne servent pas plus à la formation de l'œuf que s'ils étaient atrophiés[3]. » Nous partageons cette opinion : quand la maladie a produit les lésions indiquées par Klebs et Schröder, la stérilité est définitive ; il est inutile alors d'essayer le massage ou aucun autre trai-

1. *Handb. d. path. Anat.* IV Lf. II Berlin, 1873, p. 857.

2. *In* Ziemssen Hand. d. speciellen. Pathologie und. Therapie, Bd. p. 121 et 122.

3. *Ueber die Sterilität...*, Archiv. für Gynäkologie, VIII, Bd, 1875. p. 414.

tement, la capacité fonctionnelle est perdue. On ne peut songer à restituer son rôle à un tissu vieilli avant le temps ; ces terminaisons là sont bien rares.

La malade de l'observation 16, âgée de 40 ans, avait une rétroflexion des métrorrhagies, une dysménorrhée violente, de la dyspareunie. Mariée à 31 ans, elle fut enceinte une seule fois l'année suivante, et la grossesse finit par un avortement. Cette personne avait depuis longtemps perdu tout espoir d'avoir des enfants ; elle essayait le massage après beaucoup d'autres traitements, espérant qu'il la délivrerait de ses pertes et des douleurs correspondant aux époques. Le résultat espéré fut obtenu, de plus elle devint enceinte dans le cours du traitement et accoucha à terme d'un enfant qui a vécu. Il est impossible de supposer que chez elle, la phlegmasie utérine, malgré sa durée, avait amené des désordres irréparables.

Si nous résumons ce que nous avons vu jusqu'ici, nous trouverons que c'est à l'inflammation chronique qu'est due la stérilité ; les accidents secondaires, déplacements, changements de forme, rétrécissements, sont insuffisants pour la produire : elle tient donc aux altérations de texture qui résultent de la stase et rendent impossible la fixation de l'œuf fécondé. Son expulsion avant terme est favorisée par l'hypersécrétion et les métrorrhagies.

Le massage est indiqué et réussit : on pourra le voir par la lecture des dernières observations dans lesquelles la leucorrhée et la stérilité étaient les seuls accidents. Il atteignit également le but dans des cas que je donnerai dans d'autres paragraphes, parce qu'il existait soit des flexions, soit des versions.

Mes observations relatent 22 faits dans lesquels la conception semblait impossible depuis plus de trois ans, 16 malades sont devenues enceintes et la grossesse a suivi son cours. Deux fois elle survint aussitôt après le traitement ; deux fois lorsqu'il n'était pas terminé. La même chose est arrivée à M. Asp : Il pratiquait le massage chez une femme jeune et chétive mariée depuis 2 ans, et qui avait eu plusieurs fausses couches. Elle devint enceinte pendant le traitement accoucha à terme d'une petite fille bien constituée et qui vécut. Le même auteur rappelle deux autres cas semblables observés dans sa pratique.

Le procédé produit ses effets ordinaires qu'il me paraît inutile de détailler ici [1] ; il diminue la stase, active la circulation, mieux peut-être dans l'utérus que partout ailleurs, à cause de l'importance de la couche musculaire dont il provoque les contractions. Certaines personnes ont conscience qu'elles continuent même lorsque le masseur n'intervient plus. C'est

1. Voir : *Traité théorique et pratique du massage*, p. 34, Paris, 1882.

probablement en activant cette propriété que les courants électriques exercent dans quelques cas une action avantageuse dans le cours des maladies utérines. Le massage est donc doublement indiqué dans les phlegmasies chroniques puisqu'il régularise la circulation et augmente le tonus musculaire, deux éléments importants dans l'évolution du processus.

Obs. I

Métrite parenchymateuse. — Atrésie cicatricielle du col utérin. — Leucorrhée profuse. — Dysménorrhée. — Discision. — Massage. — Guérison.

Mme N... se présente à moi pour la première fois au mois de mars 1878 pour une atrésie de l'orifice externe du col utérin, tel est du moins le diagnostic porté il y a quelques mois par un médecin de Lille. C'est à cet accident qu'il a attribué les accidents dysménorrhéiques dont se plaint la malade. Cette personne avait toujours été bien réglée ; mais, il y a 4 ans, elle devint enceinte et fit une fausse couche au cinquième mois. Depuis lors, leucorrhée purulente abondante une sage-femme fait pendant près de 8 mois des cautérisations au nitrate d'argent, la leucorrhée ne disparaît pas et la santé générale devient mauvaise.

Dysménorrhée menstruelle ; douleurs peu prononcées dans les reins, mais violentes dans les aînes et la région lombaire. Pression pénible du côté de l'anus et comparable au besoin d'aller à la garde-robe.

L'appétit devient mauvais, les fonctions digestives languissent ; maintenant, il y a dans l'intervalle des règles des douleurs rénales sourdes. Si elle marche sur un sol inégal, si elle prend un omnibus, celles-ci deviennent insupportables.

Faiblesse des extrémités inférieures. Il y a longtemps que

la malade n'a pu sortir ; elle est accablée de fatigue et doit se reposer une heure sur son lit chaque fois qu'elle vient de faire une promenade.

État moral peu satisfaisant, idées tristes.

Rien d'anormal dans la situation et la mobilité de la matrice. Celle-ci est sensible à la pression, son col est volumineux. Il laisse s'écouler un liquide glaireux, peu abondant. L'orifice restant est un petit pertuis, très étroit, dans lequel on pénètre même difficilement à l'aide d'une fine bougie en baleine. A l'hystéromètre, on trouve que la longueur utérine est de 7 c. 55.

Nous sommes persuadés que l'atrésie cervicale qui paraît avoir eu pour origine l'abus de cautérisation ; n'est pas la cause unique ni même la cause principale de la dysménorrhée Malgré tout, une discision est indispensable. Avec le couteau de Sims, on la fait sur toute l'étendue du rétrécissement. Hémorrhagie assez abondante. Après le débridement on a une ouverture suffisamment large pour permettre l'introduction de l'extrémité de l'index. Malgré les précautions prises, la cicatrisation réduisit presque à rien le résultat obtenu. Il paraît que la dysménorrhée avait été notablement moindre aux deux époques menstruelles qui avaient suivi l'intervention, mais elle reparut aux époques suivantes. Dans ces conditions je résolus d'avoir recours au massage, d'autant mieux que les méthodes employées jusqu'alors n'avaient produit que des améliorations temporaires et insignifiantes. Dès la première époque menstruelle qui suit le début du traitement, la dysménorrhée est déjà beaucoup moindre. Bientôt, tous les autres symptômes diminuèrent. A la fin de juillet 1879 elle était complètement guérie. Le traitement a duré 9 semaines ; il y a eu en tout 42 séances.

Obs. II

Métrite parenchymateuse. — Leucorrhée profuse. — Massage. Guérison.

Mme N..., 28 ans, femme d'un maréchal-des-logis de gendarmerie ; quatre accouchements dont le dernier a été suivi d'un catarrhe utérin intense. Cette personne, assez faible et de constitution lymphatique, a toujours eu depuis la première apparition des règles, à l'âge de 16 ans, un peu de leucorrhée. Celle-ci était notablement plus prononcée après les époques.

Depuis son deuxième accouchement sa santé a été plus faible qu'elle ne l'était auparavant ; elle a toujours éprouvé une douleur sourde dans les reins avec une sensation pénible de pression hypogastrique ; mictions fréquentes, palpitations, leucorrhée, liquide blanc visqueux translucide. Comme nous l'avons dit, c'est à partir de la dernière couche, en mars 1875, que les accidents se sont accusés. Peu à peu, la faiblesse est devenue telle, qu'après le moindre effort la malade est obligée de se reposer plusieurs fois de suite dans la journée. Le caractère est devenu d'une impressionnabilité extrême ; à la moindre contrariété, la malade se plaint d'avoir la poitrine serrée dans un étau. L'écoulement est profus ; des injections vaginales faites deux fois dans la journée n'en paraissent pas diminuer la quantité.

Erythème de la vulve et de la face interne des cuisses. Jusqu'ici on a fait simplement des injections vaginales d'une solution de tannin et des applications directes du crayon de nitrate d'argent. Ces procédés, joints à l'hydrothérapie, n'avaient amené qu'une diminution passagère de l'écoulement.

Lors de mon premier examen au mois de décembre 1876, je trouve l'utérus volumineux, sans anomalie de situation (longueur 8 cent.), il est très mobile et d'une consistance un peu molle. Le col est gros, dilacéré surtout à gauche, l'opération d'Emmett est indiquée ; il est en outre le siège d'une ulcération superficielle à sa partie postérieure, se prolongeant dans le canal cervical lui-même. De l'orifice externe béant sort un liquide glaireux, gélatineux, d'aspect analogue au blanc d'œuf, très adhérent aux tissus sous-jacents.

Dès la première séance de massage, à la suite des manipulations, il s'écoule une quantité considérable de liquide, auparavant accumulé dans l'utérus. Peu à peu, la quantité diminue, et au bout de sept semaines elle est à peu près insignifiante. La malade elle-même se déclare guérie. Les forces ont augmenté à un tel degré qu'elle peut maintenant vaquer à ses occupations. Les douleurs n'existent plus, pas plus que les mictions fréquentes. L'état général est meilleur ; les accès de migraine qui la faisaient tant souffrir auparavant sont devenus moins fréquents. L'utérus a diminué de volume, il présente maintenant une longueur et une consistance sensiblement normales. L'ulcération guérit sans traitement.

A l'époque menstruelle suivante, il y a eu à la fin de la période un peu de leucorrhée ; elle va moins bien, dit-elle, qu'il y a trois semaines. Tout disparut après quelques séances de massage. J'ai revu cette malade huit mois plus tard, elle me raconta que la leucorrhée ne s'était pas montrée après la deuxième menstruation qui avait suivi le traitement.

Je l'ai revue encore onze ans après la fin de mon premier traitement, c'est-à-dire au mois de mai 1888. Dans ces

onze ans elle avait eu trois accouchements : le premier absolument normal, et sans aucune suite fâcheuse ; à la suite du second, elle dut rester couchée pendant six semaines pour une pelvi-péritonite du côté droit. Les conséquences du dernier accouchement surtout furent très graves. Il fut suivi de leucorrhée, de douleurs lombaires, de fatigue habituelle et d'un affaiblissement tel que la malade pouvait à peine marcher.

L'état de l'utérus est à peu près le même que lors de mon premier examen en 1876, mais elle présente de plus une exsudation dans le ligament large s'étendant jusqu'à l'ovaire. J'ai fait un massage spécial pour cet exsudat, qu'il est facile d'atteindre à cause de la flaccidité extrême de la paroi abdominale. L'effet a été frappant. Après huit jours de traitement, la leucorrhée avait déjà beaucoup diminué, la malade se sentait mieux. Cinq semaines plus tard, la guérison était complète. L'utérus a repris son volume normal. Pas de traces d'exsudation. A la fin d'avril l'état général est excellent.

Obs. III

Métrite parenchymateuse. — Leucorrhée. — Mobilité exagérée de l'utérus. — Névralgies réflexes de différent siège. — Nervosisme. — Massage. — Guérison.

Mme C..., 34 ans, femme d'un employé, se présente à la clinique le 27 janvier 1877. Cette personne est grande, forte et paraît robuste. Il y a quatre ans, accouchement normal ; ne s'est jamais complètement remise ; douleurs très pénibles dans les reins et le bas-ventre, elle éprouve de temps en temps une sensation qu'elle compare à celle que produirait un corps étranger intra-vaginal. Cette personne, qui est à la

tête d'un magasin de lingerie, est obligée de beaucoup marcher et de rester longtemps debout. A la fin de la journée, elle se sent complètement anéantie.

Leucorrhée profuse et visqueuse à l'approche des périodes menstruelles. Appétit capricieux ; digestion tardive ; constipation opiniâtre habituelle, est obligée de prendre constamment des lavements. Le ventre présente une tendance marquée à se ballonner, surtout à la fin de la journée. Envies fréquentes d'uriner ; douleur lancinante dans la région anale, s'irradiant dans le voisinage et rendant la défécation et la station assise extrêmement douloureuses. Elle a de l'embonpoint mais elle est pâle, les muscles sont flasques et sans énergie.

Injection de décoctions de feuilles de noyer ; traitement général reconstituant ;. injections caustiques intra-utérines. Dans ces derniers temps, elle a passé quelques mois dans un établissement d'hydrothérapie. Il y a eu un peu d'amélioration, mais cette amélioration ne s'est pas maintenue. Elle consistait surtout dans la diminution de la leucorrhée.

Depuis trois mois tout au plus, elle est retombée dans son état antérieur.

La première fois que je vis cette personne elle présentait, outre les symptômes énumérés, des névralgies dans différentes directions toutes plus ou moins éloignées des organes génitaux. Elle a des palpitations, des accès de suffocation ; la moindre contrariété lui donne envie de pleurer ; le sommeil est très agité, interrompu par des rêves pénibles ; elle ne dort qu'à de longs intervalles. Les règles sont abondantes, elles sont très douloureuses au début ; en général, la malade est obligée de garder le lit pendant toute leur durée.

L'utérus est agrandi : longueur 7, 5 ; il est plus dur que d'habitude et d'une mobilité extrême ; un jour il est en antéversion, le lendemain il est en rétroversion. Le col est volumineux ; l'orifice externe béant, ne présente rien d'anormal, mais il laisse écouler un liquide visqueux, assez concret, filamenteux.

L'application du massage est un peu difficile à cause du ballonnement du ventre.

Dans ces conditions, je fais venir la malade à mon cabinet le matin, à une heure où le ballonnement est encore peu marqué ; en même temps je fais prendre à la malade la position génu-cubitale.

Tapottement sur la région lombaire. De cette manière l'utérus, pour l'instant en rétroflexion et paraissant sérieusement enclavé dans la région postérieure du bassin, put être ainsi ramené en avant; massage possible par le procédé ordinaire. Au bout de quelques semaines, la sensation de pression hypogastrique avait notablement diminué, la malade pouvait se tenir debout et vaquer à ses affaires, Après quarante-cinq séances en deux mois, la guérison put être considérée comme complète. Les ménorrhagies et la leucorrhée ont cessé : n'a plus mal aux reins, la coccygodynie a presque disparu ; l'état général est meilleur, les accidents nerveux sont insignifiants. Les seuls phénomènes qui persistent sont la constipation et un peu de douleur anale.

J'ai revu cette personne plusieurs fois depuis la fin du traitement ; l'état général était resté excellent, elle avait même perdu l'embonpoint maladif qu'elle présentait au début.

Obs. IV.

Métrite parenchymateuse. — Excoriation du col. — Leucorrhée. — Pas de grossesse après trois ans de mariage. — Massage. — Disparition des accidents. — Grossesse trois mois après la fin du traitement.

Mme L., 24 ans, originaire de Belgique, mariée depuis trois ans, sans enfants. Les seuls phénomènes qui permettent de supposer qu'il existe quelque chose d'anormal du côté de l'appareil génital interne, ce sont une douleur inguinale assez légère et une leucorrhée peu abondante. Cette malade est bien constituée, sa santé générale ne laisse rien à désirer, pas de fausse couche, se rappelle seulement avoir eu une métrorrhagie lors de son voyage de noces, à la suite d'une excursion en Suisse. Depuis ce moment pourtant elle n'a jamais été tout à fait bien.

A l'exploration, je trouve l'utérus agrandi, un peu mou, mais dans sa situation normale.

Rien dans les culs-de-sac. Le col volumineux présente une excoriation sur la lèvre antérieure; par l'orifice sort une certaine quantité de matière glairense adhérant aux bords. Je suis persuadé que sa stérilité tenait surtout, dans le cas actuel, à l'état de l'utérus. J'exprimai cettte opinion à la malade et à son mari : elle se soumit sans difficulté au massage. Après trois semaines de traitement, tous les accidents locaux ont disparu; la malade retourne en Belgique et devient enceinte trois mois après la fin du traitement.

Obs. V.

Métrite parenchymateuse. — Leucorrhée. — Douleurs de différents sièges.— Pas de grossesse depuis quatre ans.— Massage. — Guérison. — Nouvelle grossesse quelque temps après la fin du traitement.

Mme M., 26 ans, aurait eu un avortement dans le deuxième mois d'une grossesse. Nouvel accouchement au mois de février 1873 (accouche à terme d'un garçon qui meurt peu de temps après). Pas de nouvelle grossesse pendant les quatre ans qui suivent. Depuis sa dernière couche, douleurs assez prononcées pour qu'elle ne puisse pas vaquer à son gré aux soins du ménage. Douleur lombaire sourde accompagnée de faiblesse de tout le corps et principalement des jambes. Palpitations, essoufflements. De temps en temps, surtout à l'époque des règles, douleurs dans le sein gauche, accompagnées de de gonflement et de congestion ; a toujours eu de la leucorrhée depuis qu'elle a été réglée pour la première fois, mais ces accidents ont notablement augmenté dans ces derniers temps ; en même temps, le liquide est devenu plus épais. Aspect général satisfaisant. Cette malade porte une ceinture hypogastrique qui lui permet de marcher sans trop de difficultés. Pas d'autre traitement que des injections vaginales d'une solution d'alun et des tampons vaginaux de substance indifférente. A mon premier examen, au mois de décembre 1877, je constate que l'utérus est en place mais qu'il est un peu plus mou et un peu plus malade qu'à l'état normal. Par suite de la flaccidité de la paroi abdominale, le massage n'est pas difficile. Sous l'influence du traitement, les douleurs diminuent aux périodes menstruelles et dans leur intervalle. Au bout de

quelques semaines, cette personne se croit assez bien pour pouvoir interrompre le traitement, je ne la revois qu'à la fin de 1878. Depuis le massage, la menstruation a toujours été régulière, mais les trois dernières époques se sont passées sans qu'elle ait rien vu. Elle éprouve les mêmes phénomènes que dans la grossesse antérieure. Des renseignements que j'ai eus plus tard, m'ont appris que la grossesse a suivi son cours et que cette personne est accouchée à terme d'une petite fille bien constituée et qui a vécu. La douleur du sein gauche a complètement disparu à la suite du traitement.

Nous avons vu en partie les conséquences immédiates de la métrite parenchymateuse chronique pour la muqueuse utérine; elle devient incapable de remplir son rôle. Sous l'influence de la stase veineuse et lymphatique, sa structure s'altère, l'épithélium perd ses propriétés, la sécrétion glandulaire se modifie ; la leucorrhée fatigue, les douleurs s'irradient, l'appétit se perd, les forces s'affaissent, la conception devient impossible ; à la longue, les souffrances incessantes et le mauvais état général retentissent sur le moral. N'est-il pas légitime et nécessaire de faire tout ce qu'on peut pour remédier au mal, de recourir à un procédé non sanglant et simple, dont l'application ne demande que de la bonne volonté de la part de la malade et un peu d'habitude de la part du médecin ?

CHAPITRE V

La métrite parenchymateuse et ses conséquences

EXSUDATION INTERSTITIELLE. — STASE VEINEUSE. — DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DES FIBRES MUSCULAIRES. — TRANSFORMATION ET ORGANISATION DE L'EXSUDAT. — SCLÉROSE UTÉRINE. — CHANGEMENTS DE FORMES. — LES FLEXIONS SONT-ELLES UNE CAUSE OU UN EFFET? INDICATIONS TIRÉES DE LEUR PATHOGÉNIE

Nous allons voir maintenant quelle influence exerce, sur le parenchyme utérin l'inflammation chronique.

Quelle que soit la manière dont ils l'aient envisagée, les auteurs présentent, dans leurs descriptions, une uniformité frappante. Becquerel, sans admettre la phlegmasie, parlait d'engorgement *mou*, *induré*, *hypertrophique*. Pour qui est au courant des idées de l'époque, ces termes indiquent une augmentation de volume accompagnée de changements de

consistance[1]. Ceux-ci correspondent aux phases de la maladie coexistant dans l'organe. Les recherches anatomiques de Scanzoni qui n'ont été ni infirmées, ni contredites, sont convaincantes : la première période de la métrite chronique comprend la stase, l'infiltration séreuse et séro-fibrineuse. La matrice est rouge, livide à la surface, et cette coloration n'est ni générale ni régulière ; la consistance est molle, le tissu conserve l'empreinte du doigt : on modifie sans effort la direction des segments. A la coupe, cette diminution de consistance est plus manifeste; on n'éprouve plus la même résistance que quand l'utérus est normal. Le scalpel ne grince pas, on dirait qu'il pénètre dans un muscle flasque d'où s'écoule en abondance du sang et de la sérosité. Sur les surfaces, on remarque de larges veines béantes, inégalement dilatées et plus inégalement distribuées. A côté des zones hyperémiées, on en trouve d'autres exsangues presque jaunes. Dans celle-ci, les fibres musculaires sont écartées par une exsudation de consistance variée; un petit nombre sont normales, la plus grande partie d'entre elles ont subi la dégénérescence graisseuse. Ainsi, dès la première période de la métrite parenchymateuse chronique, le volume de l'organe est augmenté, sa force de réaction est amoindrie : si l'on songe que les altérations

1. *Traité des maladies de l'utérus*, Paris, 1859.

de la muqueuse sont contemporaines, qu'elles s'accompagnent d'hypersécrétion et d'accumulation de liquide dans la cavité du corps. On comprendra avec quelle facilité il se modifie : c'est le temps de l'engorgement mou de Becquerel, de la dilatation avec hypertrophie apparente.

Que vont devenir les tissus? Quels changements subira l'exsudat? Robin avait dit que dans les portions limitant celles qui sont enflammées, il tient en suspension des globules inflammatoires; qu'il peut s'y développer des éléments fibro-plastiques. Ceux-ci, en s'accolant aux éléments normaux, transformeront l'engorgement en induration et en hypertrophie chronique. Virchow a déclaré que certains ont la propriété de former des tissus analogues dans leur voisinage. « Ces tissus, dit-il, appartiennent principalement à la substance conjonctive et par suite c'est cette dernière qu'on peut regarder comme le tissu fondamental des produits pathologiques nouveaux. Mais comme d'abord les éléments se reproduisent indifféremment, il se peut que les conditions venant à changer, on observe un produit hétérologue ou bien le tissu analogue étant formé, il se change ultérieurement en un produit hétérologue. [1]»

Ce sont là des façons de constater un même fait qui ne diffèrent que par les conceptions doctrinales

1. *Pathologie cellulaire*, I, 333.

des auteurs. Sans pénétrer aussi avant dans l'intimité des phénomènes, on peut admettre, 1° que la métrite chronique produit à la longue les mêmes altérations que toutes les phlegmasies chroniques, que celles du foie en particulier; 2° que la transformation de l'exsudat aboutit à la diminution et à la disparition de l'élément contractile (sclérose). C'est là l'engorgement hypertrophique avec induration d'autrefois.

Il ne nous a pas paru nécessaire de scinder la métrite comme l'ont fait MM. Demarquay et Saint-Vel, et de décrire séparément celle du col ; — nous nous sommes expliqué à cet égard. La solidarité entre la circulation des différentes portions de l'utérus est si étroite qu'il est impossible d'isoler une partie de l'autre ; — lorsqu'une maladie évolue quelque part, on ne peut pas, prévoir si elle s'y cantonnera ou de quel côté elle s'irradiera. A un certain moment, il se fait une augmentation de volume avec exagération de la mobilité, leucorrhée catarrhale, dysménorrhée; à l'examen au speculum, le col paraît intact; un mois ou deux plus tard, si on laisse marcher les choses ou si les traitements employés ne mènent à rien, on verra qu'il est boursouflé, ulcéré et présente ce renversement des lèvres en dehors que certains auteurs ont appelé ectropion. Quand on trouve ces altérations il est difficile de supposer que la maladie est limitée à une portion de la matrice.

En procédant par déduction on arriverait à conclure de la marche et de la topographie de la métrite qu'elle doit altérer dans tous les cas la forme. La substitution du tissu conjonctif au tissu musculaire qui a besoin de 5, 10, 15 ans ou davantage pour être complète, ne traverse pas les péripéties de son évolution sans qu'une courbe soit modifiée, sans que l'intégrité morphologique soit compromise. Les changements les plus fréquents et les plus marqués sont les flexions : elles sont spécialement mentionnées dans nos observations comprises entre les numéros 16 et 21. En parcourant attentivement les autres, on en trouverait un plus grand nombre. La statistique de M. Asp en donne également plusieurs.

Avons-nous le droit de les rattacher à la métrite chronique ? Il serait peut-être plus rationnel de regarder celle-ci comme une conséquence des flexions ? Dysménorrhée, métrorrhagie, stérilité, on peut porter tout cela à leur actif. Depuis peu d'années on en est venu, en examinant de près les choses, à les mettre à leur véritable place.

Velpeau leur rattachait les troubles qui les accompagnent. Les modifications de la direction du col et du corps de l'utérus, constituant une difficulté pour le passage du sang, seraient la cause de douleurs violentes capables de s'irradier vers l'hypogastre ou plus loin. La question fut portée à l'Académie de médecine

en 1849. Velpeau se tint fermement sur son terrain favori ; il n'essaya d'expliquer ni quand ni comment se produisait l'anomalie mais il voulut avant tout faire admettre ses idées de manière à donner une orientation à la thérapeutique, jusqu'alors nulle ou empirique.

Hervez de Chégoin et Valleix l'appuyèrent ; Amussat et Hugier, plus réservés, firent remarquer que les flexions isolées étaient rares ; qu'il y avait presque toujours avec elles des accidents de différents ordres. « Et l'état général qu'en faites-vous ? » demandèrent Baud et Gibert. Reprenant les doctrines des diathèses et des cachexies, ils déclarèrent que cet état général est tout et que la flexion n'est rien: « Traitez le sans vous préoccuper du reste mettez-le dans des conditions irréprochables, vous verrez que les rapports du col et du corps redeviendront ce qu'ils doivent être. »

Paul Dubois répondit par une série de négations ; son expérience leur donnait un poids énorme : il déclara que les flexions n'avaient aucune importance pour la santé, qu'on en trouvait chez le tiers des femmes au moins, que tous leurs accidents sont dus au catarrhe utérin.

Il devenait difficile de se ranger, sans hésitation à l'avis de Velpeau. Cruveilhier alla jusqu'à nier les flexions ; c'était détruire la tradition médicale, car Hippocrate en avait parlé le premier.

La situation respective du col et du corps n'a rien de mathématique ; elle peut varier dans des proportions à peine croyables, sans que les fonctions soient entravées. Cruveilhier poussait loin les choses et se lançait dans un *a priori* trop hardi ; ni lui ni ses élèves n'avaient songé à deux points qu'il eût été indispensable d'établir :

1° A fixer la direction du corps et du col chez une femme bien constituée ;

2° A démontrer qu'elle ne peut être modifiée sous l'influence de conditions morbides.

D'une bonne étude critique sur les documents relatifs à cette question, M. Lacroix a conclu que chez la femme adulte l'utérus est rectiligne ; sa direction est celle du détroit supérieur du bassin, le fond de l'organe regardant l'ombilic, le col regardant en arrière et en bas vers l'articulation sacro-coccygienne. Si, comme nous le verrons, des circonstances changent cette direction, elle n'en est pas moins de règle parce qu'elle tend à se reproduire dès que les causes ont cessé d'agir.

Il existe bien d'autres flexions congénitales, mais elles constituent des anomalies produisant peu ou point de troubles fonctionnels; elles sont exceptionnelles et sans grand intérêt.

En 1854, M. Depaul s'occupa d'une variété plus importante au point de vue clinique. Il ne raisonnait

plus d'après des mensurations prises sur des cadavres, mais d'après des observations faites sur des femmes vivantes traitées pour des métrorrhagies, de la dysménorrhée, etc. Elles avaient des flexions; mais d'autres accidents expliquaient mieux qu'elles ce qu'on observait; car tout disparaissait lorsqu'on atténuait ceux-ci : « J'ai vu souvent, disait Gosselin, les douleurs cesser après l'emploi du repos, des antiphlogistiques, des narcotiques, quoique la déviation persistât. » Dans les faits réunis par Goupil, il y avait des altérations utérines ou péri-utérines ; une fois qu'on réussisait à les guérir, les malades cessaient de souffrir.

Ce que nous disons pour l'état de vacuité, on peut l'étendre à la grossesse. Elle est possible dans les flexions en avant, en arrière, latérales, quel que soit leur degré. Où passe le sang le spermatozoïde peut passer. M. Pajot a rappelé le cas d'une femme à rétroflexion qui eut trois enfants.

La malade de notre observation 7 (antéflexion et abaissement léger) a de la dysménorrhée après son deuxième accouchement ; dans la suite elle redevient enceinte et avorte au troisième mois. Si l'on considère les douleurs comme des coliques utérines, il est difficile d'admettre que la flexion n'existait pas avant elles. Dans ce cas, elle n'a apporté aucun obstacle à la conception.

La malade de l'observation 9 devait avoir une flexion depuis l'enfance. Réglée pour la première fois à 20 ans, dysménorrhéique jusqu'à son mariage, elle devient pourtant enceinte. Une observation de M. Asp est curieuse dans un autre sens : une malade se présente à lui pour une phlegmasie péri-utérine avec rétroversion. L'inflammation disparut après quatre semaines de massage et le déplacement persista. L'été suivant, nouvelle poussée inflammatoire : la rétroversion reste la même ; quatre semaines de massage amènent encore une amélioration ; elle est obligée d'interrompre ; à l'hiver, nouvelle poussée. Découragée, cette malade s'adresse au spécialiste qui l'avait traitée d'abord ; après plusieurs mois, elle revient à Helsingfors. Depuis la dernière fois son état a empiré ; l'inflammation péri-utérine a éprouvé une aggravation énergique, la rétroversion reste ce qu'elle était, et il se produit une *rétroflexion*.

Je n'aurais pas cité ce cas d'inflammation péri-utérine, — car je n'ai pas l'intention de m'occuper de cette affection dans mon travail actuel — s'il n'était intéressant au point de vue du développement secondaire des flexions. Les détails sont trop sommaires pour qu'on puisse savoir sous l'influence de quelle cause se produisirent les exacerbations. Il est difficile de supposer qu'on avait affaire exclusivement à une périmétrite ; que le parenchyme utérin était

intact ; qu'aucune relation pathogénique n'existait entre les altérations et la flexion.

Nous avons dit :

1° Que les flexions congénitales ou précoces sont tolérées ; que souvent les malades n'en ont pas conscience ;

2° Que tous les accidents mis à leur actif sont des manifestations de la métrite concomitante ;

3° Qu'elles n'entravent pas la menstruation ; n'opposent à la conception qu'un obstacle insignifiant ; comme le dit M. Pajot, elles peuvent constituer des difficultés, aucune n'entraîne une impossibilité absolue ;

4° Que la métrite parenchymateuse chronique n'est jamais totale d'emblée ; qu'elle procède par soubresauts, de telle sorte qu'une zone d'hyperplasie conjonctive se trouve à côté d'une zone d'exsudation. Il existe des inégalités notables dans la consistance, la tonicité, la forme même des segments de l'organe.

Ces considérations nous conduisent à une conclusion pathogénique : les flexions utérines sont consécutives à la métrite chronique ; les symptômes qu'on leur a longtemps attribués dépendent de celle-ci. La thérapeutique doit s'adresser exclusivement au parenchyme utérin ; qu'on fasse disparaître l'exsudat séro-fibrineux interstitiel et la stase ; qu'on rétablisse l'équilibre nutritif, la tonicité, et la femme cessera

de souffrir aussi bien au moment des règles que dans leur intervalle ; les pertes blanches et rouges seront supprimées, elle deviendra capable de concevoir et de mener à bien une grossesse. Ces desiderata sont souvent remplis par le massage ; nos observations vont le montrer.

Obs. VI

Métrite parenchymateuse. — Antéflexion utérine. — Diarrhée, réflexe. — Hypochondrie, nervosisme. — Massage utérin. — Guérison de la diarrhée, plus tard lypémanie.

Mlle L..., 32 ans, se présente à la clinique pour une diarrhée qui remonte à trois ans et contre laquelle on a essayé en vain toute sorte de traitements. La maladie aurait débuté quelques temps après une fausse couche, et c'est à elle que la malade la rattache. Cette idée paraît vraisemblable parce que la diarrhée s'est accompagnée d'un certain nombre d'autres phénomènes, qui probablement présentent, au point de vue pathogénique, un lien étroit les uns avec les autres.

Au mois de décembre 1872, apparaissent des douleurs lombaires et interscapulaires exaspérées par la marche et les mouvements ; cette personne, qui fait des ménages, peut exercer difficilement sa profession. A la même époque, leucorrhée peu profuse, mais qui depuis a toujours continué ; le caractère a changé ; d'enjouée qu'elle était, elle est devenue triste. Cette espèce d'hypochondrie revenait par accès, sans cause plausible, et durait parfois des mois. En dehors de ces crises, l'état mental ne laissait rien à désirer. Appétit excellent, aspect général satisfaisant, possède même une certaine vigueur. De temps en temps la diarrhée s'arrête pen-

dant une quinzaine de jours, lorsqu'elle reparaît, elle présente une intensité telle que la malade a jusqu'à 20 selles liquides par jour. Le maximum correspond à l'époque des règles. Cette diarrhée est exclusivement diurne; la malade dort bien et n'est jamais obligée de se relever. Les selles ne sont ni précédées ni suivies de douleurs. D'accord avec un de mes confrères qui fréquentait à ce moment la clinique, je supposai que la diarrhée pouvait avoir une origine palustre et nous administrâmes le sulfate de quinine ; le résultat fut complétement nul. Il nous parut alors démontré que nous nous trouvions en présence d'un phénomène indépendant d'une affection du tube digestif et d'origine purement nerveuse. Étant données les circonstances dans lesquelles les accidents s'étaient montrés, je pensai qu'il existait une affection utérine et que cette affection pouvait être la cause de tout.

A l'exploration des organes génitaux je trouvai, en effet, l'utérus antéfléchi, mobile, volumineux et de consistance augmentée : excoriation de la lèvre postérieure du col qui laisse suinter un liquide purulent.

Massage de l'utérus. Les phénomènes directement produits par la métrite chronique disparaissent très vite, les accidents observés du côté du tube digestif diminuent presque aussi vite. Après deux mois de traitement, il y avait tout au plus 4 selles en 24 heures, et les matières sont devenues plus consistantes. J'ai revu cette personne plus d'un an après la fin du traitement ; dans cet intervalle, elle n'a jamais eu plus de deux selles normales par jour ; à l'époque des règles, la consistance des manières diminue et pendant quelques jours les gardes-robes deviennent un peu plus fréquentes.

Des renseignements ultérieurs m'ont appris que les accès de mélancolie étaient devenus plus fréquents et plus graves, et qu'il avait dû la faire entrer dans un asile d'aliénés.

Obs. VII

Métrite parenchymateuse. — Abaissement léger et antéflexion de l'utérus. — Dysménorrhée. — Leucorrhée. — Massage. — Guérison.

Mme T..., 28 ans, femme d'un maréchal des logis de gendarmerie, dysménorrhéique depuis son deuxième accouchement remontant à 3 ans. Cette personne est faible et de constitution délicate. Réglée pour la première fois à 15 ans, elle l'a toujours été régulièrement jusqu'à son mariage. Devenue enceinte pour la troisième fois, elle espéra être débarrassée de ses accidents. Cette nouvelle grossesse fut terminée par un avortement au 4e mois. A peine a-t-elle quitté le lit, que les douleurs commencent à reparaître : la moindre pression sur l'abdomen provoque une sensation pénible vers la vulve et le périnée. Douleurs continuelles dans les reins, miction fréquente, un écoulement abondant, épais, jaunâtre, parfois sanguinolent la fatigue. Elle ne peut monter les escaliers sans être essoufflée à l'extrême ; entre à l'hôpital. Bains chauds tous les deux jours, cautérisation de l'ulcère, tampons vaginaux d'alun. Au bout de 2 mois, les règles reviennent en quantité normale, lavement d'amidon laudanisé sans résultat. Après un séjour de six semaines à l'hôpital, elle sort après avoir éprouvé une amélioration notable, un mois plus tard, traitée par une sage-femme, qui prescrit un pessaire, des injections d'une solution d'écorce de chêne, des douches froides sur les reins, du fer à l'intérieur. Plus tard, électrisation directe

de l'utérus, sans plus de succès, leucorrhée peu abondante, filante; visqueuse, envies d'uriner, et mictions fréquentes (16 en 24 heures) accompagnées d'une sensation de brûlure à l'intérieur; les urines sont troubles, bourbeuses. Tout travail est devenu impossible, affaiblissement psychique extrême, léger abaissement et antéflexion de l'utérus; col lisse sans autre altération que des cicatrices résultant de cautérisations antérieures. Le massage agit avec autant de rapidité que dans les cas précédents, cette malade extrêmement fatiguée de son état se soumet au traitement avec une régularité absolue. La première menstruation qui suit le début est normale et presque indolente, ses envies d'uriner ont notablement diminué; 5 à 6 mictions dans la journée tout au plus. Pression hypogastrique beaucoup moins pénible qu'auparavant, la malade peut faire sans difficulté sa besogne courante. Durée du traitement 40 jours environ. J'ai revu à plusieurs reprises cette personne, elle allait très bien.

Obs. VIII

Métrite parenchymateuse. — Antéflexion utérine. — Dysménorrhée. — Diarrhée profuse aux époques menstruelles. — Massage. — Guérison.

Mme S..., 26 ans, originaire de Suède, vient me consulter au mois de décembre 1876 pour des douleurs violentes à l'époque des règles. Elle aurait fait, au cours de l'année 1876, une fausse couche dans les premiers mois de la grossesse. Cette fausse couche n'aurait donné lieu à aucun accident immédiat, menstruation toujours régulière depuis lors; à la fin de l'année dernière seulement, elle a commencé à souffrir à l'approche des règles. Dans l'intervalle, elle était

tourmentée par une douleur sourde — gravative dans les lombes avec des tiraillements dans les aînes. Jusque vers la fin de 1874 pas de changements dans l'état général. A cette époque, les douleurs de reins augmentent et s'accompagnent d'une forte pression dans le bas ventre ; pour les calmer, elle est obligée d'appuyer énergiquement les mains sur l'hypogastre. Si elle est dans une voiture non suspendue, elle est obligée de la faire arrêter et de descendre. Dans les mêmes conditions nausées et vomissements. Les règles sont devenues tellement douloureuses qu'à leur approche, la malade est obligée de se mettre au lit et d'y rester deux ou trois jours. Les douleurs cessent aussitôt que l'écoulement menstruel apparaît ; l'état général a peu souffert, la malade présente toujours l'apparence d'une santé parfaite. Jusqu'au printemps de l'année dernière, la digestion n'a pas été troublée ; les règles sont presque toujours accompagnées d'une diarrhée qui ne cesse qu'avec elles. Elle n'est accompagnée, ni de ténesme, ni d'épreintes, ni de coliques ; il y a parfois 12 selles liquides en 24 heures ; la diarrhée persiste même pendant la nuit, parfois 2 ou 3 époques menstruelles se passent sans que ces accidents se produisent. La malade est épuisée après chacune de ces crises, mais elle se rétablit très vite, de telle sorte qu'au bout de quelques jours on ne se doute plus de ce qui vient de se passer. Ensuite, cette personne a été traitée par les cautérisations du col ; elle a pris des bains de siège, en même temps qu'on a appliqué sur l'hypogastre des compresses de même nature ; ferrugineux, bains généraux d'eau salée, lavements opiacés, suppositoires belladonnés. Depuis lors, les troubles intestinaux ont été traités par un autre médecin, il n'a jamais réussi à arrêter la diarrhée pendant plus de 24 heures. Lorsqu'on suspendait l'administration des médica-

ments qui l'avaient enrayée, elle reparaissait aussi intense qu'auparavant. Je vis cette malade pour la première fois ; il y avait environ 18 mois qu'elle avait cessé tout traitement. Elle a ait une leucorrhée à peu près insignifiante, mais la dysménorrhée était plus violente que jamais.

Au toucher vaginal on constate que l'utérus, en antéflexion, presse fortement sur la vessie. Les mictions fréquentes d'autrefois n'existent plus. La consistance de l'organe est normale ; il est complètement mobile ; douleur peu vive à la pression. Rien dans les culs-de-sac ; la sonde pénètre de plus de 7 cent.

Au commencement, le massage est un peu douloureux surtout au niveau du fond de l'utérus, cette douleur est notablement atténuée, elle disparaît presque complètement au bout de 15 jours. A la période menstruelle suivante, 3 semaines après le début du traitement, la malade est pour ainsi dire surprise par l'écoulement menstruel. Pendant le reste de la durée du traitement, elle n'eut plus de dysménorrhée. La diarrhée avait encore accompagné la première période, seulement les matières étaient moins liquides depuis quelques semaines, la malade peut faire des promenades à pied et en voiture sans souffrir. La sensation de pesanteur qu'elle éprouvait antérieurement du côté du périnée a complètement cessé. L'état moral s'était avantageusement modifié. La malade qui était auparavant sujette à des poussées de tristesse est maintenant gaie. L'utérus ne mesure plus que 6 cent. 1/2. Je vis de nouveau la malade après la 3e menstruation qui suivit le début du traitement : celui-ci avait été interrompu depuis quelque temps, il n'y avait pas de dysménorrhée à proprement parler, mais la malade était moins bien qu'à l'époque antérieure, elle éprouvait une sensation de gêne assez pénible dans le bas-ventre. Persuadé que ces accidents dispa-

raîtraient facilement, je fis, pour hâter cette disparition, quelques nouvelles séances de massage ; dix suffirent pour avoir raison. Au mois de juin de l'année suivante, (dix mois après le début du traitement) je reçus une lettre de cette malade qui était retournée en Suède. Depuis qu'elle a quitté Paris, elle n'a jamais eu ni dysménorrhée, ni troubles intestinaux. L'état général est excellent.

Obs. IX.

Métrite parenchymateuse. — Antéflexion utérine. — Ulcération du col. — Dysménorrhée. — Douleurs de différents sièges. — Dyspareunie. — Massage. — Guérison.

Mme J..., 34 ans, paysanne robuste, est d'une bonne santé habituelle; première menstruation à l'âge de 20 ans; dans sa jeunesse, était fortement anémique. Pas de dysménorrhée, mais l'écoulement menstruel est peu abondant. Mariée il y a 5 ans, elle devint enceinte presque immédiatement : la grossesse se termina par un avortement au 3e mois ; et une péritonite, à la suite de laquelle elle garda le lit pendant 6 semaines. Les nouvelles règles furent accompagnées de douleurs dans les régions rénales, ovariennes et au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche ; ces douleurs ont toujours été en augmentant. Elles sont aujourd'hui si violentes, qu'à chaque époque menstruelle, la malade est obligée de garder le lit pendant 48 heures, et n'est soulagée qu'à l'apparition des premières gouttes de sang. Elle éprouve en outre une sensation de tension extrêmement pénible de la région hypogastrique, et une une pression continue vers l'anus. Obligée pour vaquer à ses occupations courantes, de déployer une énergie, peu commune, elle se plaint en outre de fréquentes névral-

gies fronto-pariétales ; l'appétit est capricieux, la digestion pénible, le plus souvent accompagnée de coliques. Dégoût prononcé pour toute alimentation substantielle. Cette personne, qui est très anémique, n'a presque plus de force. Dyspareunie. Constipation opiniâtre pendant la marche, envies fréquentes d'uriner. Depuis quelque temps, a notablement maigri ; est obligée de porter constamment une ceinture hypogastrique. Elle a fait pendant 6 mois, sur le conseil d'un de mes confrères, de l'hydrothérapie. Cautérisation du col, injections vaginales astringentes. Bains chauds au moment de l'apparition de la dysménorrhée menstruelle, lavements laudanisés. Je vois cette personne pour la première fois à la fin du mois de février 1877 ; l'utérus, volumineux, est en antéflexion prononcée ; il est peu consistant, sensible à la pression et complètement mobile. Le col est le siège d'une ulcération qui occupe la lèvre postérieure et s'étend jusque dans le canal cervical ; cette ulcération est peu profonde, mais elle saigne au moindre contact ; écoulement muco-purulent, pas trop abondant par le col.

Massage. Aucun soulagement lors de la première période menstruelle qui suit le début du traitement ; lors de la seconde, elle souffre déjà beaucoup moins. Après 42 séances, elle est dans l'état suivant : Les pertes blanches, qui ont diminué peu à peu, sont insignifiantes à la fin de la cure ; les douleurs lombaires ont à peu près disparu ; les envies fréquentes d'uriner n'existent plus ; la céphalalgie a diminué, de même que la constipation. En somme, cette personne éprouve un bien-être notable et peut marcher sans difficulté. Les forces et l'embonpoint sont revenus. L'ulcération cervicale est presque guérie. Satisfaite du résultat obtenu, cette femme retourna dans son pays, et revint me voir si

mois plus tard ; l'amélioration s'était accentuée : elle n'avait plus ni dysménorrhée, ni douleurs d'aucune sorte. Par l'examen au speculum, je reconnus que l'ulcération cervicale était complètement guérie.

Obs. X

Métrite parenchymateuse. — Antéflexion utérine. — Fausse couche il y a 4 ans. — Pas de grossesse depuis. — Massage. — Nouvelle grossesse après 3 semaines de traitement.

Mme N..., du département du Nord, vint me consulter au printemps de l'année 1886. A eu une fausse couche peu de temps après son mariage, il y a 4 ans. N'est pas devenue enceinte depuis lors. A l'éxploration, je porte le diagnostic métrite chronique. D'habitude, les époques menstruelles durent 3 à 4 jours et ne sont pas douloureuses. L'utérus est volumineux et en antéflexion. Le traitement est commencé peu de jours après la fin d'une époque menstruelle. Amélioration au bout de quelques jours de traitement. Cette personne ayant eu des rapports avec son mari pendant le cours du traitement (vers la 3e semaine), ne vit plus ses règles à l'époque suivante ; la grossesse a suivi régulièrement son cours, ainsi qu'il résulte d'une lettre qu'elle m'a adressée quelques mois plus tard.

Obs. XI

Métrite parenchymateuse. — Antéflexion utérine. — Douleurs de différents sièges. — Massage utérin. — Guérison.

Mme N..., 28 ans, porteuse de pain, deux accouchements peu éloignés l'un de l'autre ; le premier a eu lieu sans accident ; le second, au contraire, a été très laborieux. Cette personne de-

vient de nouveau enceinte ; mais, cette fois, la grossesse se termine par un avortement au second mois, avec métrorrhagie abondante ; autre dans le cours de l'été de 1874. A partir de ce moment, l'état général devient très mauvais ; pendant 2 mois, cette personne a des métrorrhagies continuelles ; plus tard, écoulement purulent teinté de sang. Elle se plaint, en outre, de tiraillements dans les aînes, d'une sensation de pesanteur péri-rectale, causant des envies et des tentatives fréquentes pour aller à la garde-robe, mais sans résultat. Dans la région coccygienne, elle éprouve des douleurs violentes, surtout pendant la station assise ; ces douleurs se propagent principalement du côté des aînes. Elles sont assez vives pour empêcher la malade de garder longtemps la même position ; miction régulière et sans douleur. Appétit capricieux. Digestion laborieuse, météorisme intestinal. Constipation habituelle ; la malade ne va à la selle que tous les deux jours. Depuis 10 mois, elle a été obligée de renoncer à son métier. Palpitations fréquentes, sans lésion appréciable du cœur· Névralgie intercostale violente du côté gauche, alternant parfois avec une autre un peu moins intense du côté droit. Se plaint surtout de migraines violentes, occupant pendant l'accès la moitié gauche de la tête avec injection conjonctivale, larmoiement ; les vomissements la soulagent, mais pour peu de temps ; lorsqu'ils sont terminés, l'accès reprend très vite son intensité première ; il apparaît au moment des règles, cesse lorsqu'elles sont établies ; reparaît, mais moins violent que la première fois, deux jours environ après leur cessation. Cette personne n'a pas suivi d'autre traitement que celui que lui a recommandé une sage-femme, et qui consiste dans l'introduction répétée de sachets d'alun. Elle se présente pour la première fois à moi en novembre 1877 ; à ce moment elle

est triste, affaiblie, sujette à de fréquentes attaques de nerfs. Les accés migraineux n'ont fait qu'augmenter dans ces derniers temps.

A l'examen local, on constate une antéflexion utérine : utérus volumineux, mobile en tous sens, un peu sensible à la pression. A travers l'orifice externe, on voit un liquide plutôt muqueux que purulent, qui s'écoule en grande quantité. A l'hystéromètre, on constate que la longueur est de 7 cent. 1/2 : après 3 semaines de traitement par le massage, elle souffre moins de sa migraine. La première époque qui suit le début est accompagnée d'un accès de migraine moins violent que les précédents. Les douleurs des aînes et du siège sont moins pénibles qu'auparavant. A chaque période suivante, l'hémicrânie diminue, de même que les autres douleurs. A la fin du traitement, au mois de janvier 1878, il reste à peine des traces de la douleur inguinale. La coccygodynie a pour ainsi dire disparu, et elle ne se montre que si la malade vient à s'asseoir trop brusquement. L'écoulement leucorrhéique est insignifiant. Appétit et digestion meilleurs. Selles journalières et indolentes. Reprend de l'embonpoint. Caractère moins triste. Utérus plus ferme au toucher et notablement moins volumineux qu'au début du traitement. Attaques de migraine assez légères pour qu'elle n'y prête aucune attention. Peut reprendre son métier. J'ai revu cette malade à plusieurs reprises ; la guérison s'est maintenue.

Obs. XII

Métrite parenchymateuse. — Antéflexion utérine. — Ulcération du col. — Stérilité. — Massage utérin. — Disparition des accidents. — Grossesse suivie d'un accouchement à terme.

Mme N..., 32 ans, vient à ma consultation au mois de janvier 1885 pour être traitée d'une sciatique chronique; elle a été guérie après 2 mois 1/2 de traitement. A ce moment, elle se plaint d'accidents de différente nature qui l'ont tourmentée depuis son unique accouchement, arrivé il y a 8 ans. Menstruation régulière, perd très peu de sang. Depuis quelques mois, leucorrhée, taches d'un jaune verdâtre sur le linge, fatigue extrême, sensation de pression hypogastrique, douleurs rénales, envies fréquentes d'uriner. Les règles durent 8 jours au lieu de 5 et reparaissent toutes les 3 semaines; sont plus abondantes qu'autrefois. S'étant adressée à une sage-femme, celle-ci lui prescrivit un pessaire et lui fit prendre un purgatif, trois jours avant et trois jours après l'époque des règles. Cette médication n'ayant amené aucun soulagement, elle se soumit sur le conseil d'un médecin, à un traitement par l'hydrothérapie. Quelques semaines après la fin de ce traitement, elle se sentait assez forte pour pouvoir se placer comme courtière dans une maison de commerce. Comme cette profession exigeait de longues courses à pied, elle ne tarda pas à retomber dans son état antérieur. Au mois d'avril j'examine l'état de l'utérus et de ses annexes, et je constate une antéflexion, peu de sensibilité à la pression; utérus gros, mobile en tous sens, déchirure ancienne du col, ulcère sur la lèvre postérieure, massage utérin : La paroi abdominale est tellement sensible à la pression, que malgré la situation favorable de l'utérus, je dus mettre 10 jours pour arriver

à le saisir. La malade suivit le traitement pendant 2 mois, avec quelques interruptions temporaires; au bout de ce temps elle se sent si bien qu'elle le cesse complètement. L'utérus a notablement diminué de volume; à l'hystéromètre 7 cent. ; l'antéflexion parait plus prononcée qu'auparavant. La leucorrhée a cessé, pas de pression sur le bas-ventre, ni de maux de reins, se sent plus forte et peut marcher sans fatigue. Début d'une grossesse au mois de novembre : celle-ci suit son cours, et se termine par un accouchement régulier et à terme.

Obs. XIII

Métrite parenchymateuse. — Antéflexion et abaissement léger. — Dysménorrhée. — Affaiblissement extrême. — Massage. — Gymnastique. — Guérison. (*Asp*).

Mme N..., 37 ans, mère de trois enfants, fait remonter son affection à son dernier accouchement, il y a deux ans. Bien que cette personne paraisse d'une constitution plutôt robuste, elle est extrêmement affaiblie et abattue lorsqu'elle commence le traitement. Depuis deux ans elle est obligée de rester constamment à demi-couchée sur un sofa, sans pouvoir prendre part en quoi que ce soit aux travaux du ménage. Cette manière de vivre a été suivie d'un dépérissement inquiétant, l'appètit est nul, les fonctions digestives s'exécutent mal, elle est devenue anémique et névropathe. Irritable à l'extrême, elle est tourmentée par de la céphalalgie, des cauchemars, des besoins fréquents d'uriner, n'a pas subi de traitement spécial, son médecin ordinaire lui a prescrit purement et simplement le repos et les toniques. Cure balnéaire sans succès. Le malade se décide à un traitement gymnastique et après avoir obtenu l'assentiment de son médecin, elle se présente à l'Institut au commencement de

l'automne de l'année 1875. A l'examen, on trouve une métrite chronique avec antéflexion et abaissement, muscles flasques, abattement des forces, elle réussit très difficilement à faire le tour de la chambre. Sous l'influence du traitement local et d'une gymnastique générale; son état s'améliora à tel point qu'elle put se croire au bout de 7 mois, complètement guérie. Elle se sent plus forte et plus vive que depuis de longues années, elle peut vaquer sans la moindre difficulté à ses occupations ordinaires; la nutrition est normale; le nervosisme a disparu; le sommeil est satisfaisant. L'examen local montre que l'utérus est sensiblement dans sa situation normale. Depuis lors, elle a fait cependant à plusieurs reprises de la gymnastique dans un but d'hygiène. Au printemps de l'année 1877, l'état local est absolument satisfaisant.

Obs. XIV

Métrite chronique. — Rétroflèxion utérine. — Hémiparaplégie du côté gauche. — Massage utérin. — Guérison.

Mme M..., 29 ans, couturière, éprouve depuis le printemps de 1866, une grande faiblesse de la jambe gauche; cet accident a débuté peu de temps après un avortement survenu au second mois d'une deuxième grossesse. Depuis un an, cette faiblesse ayant notablement augmenté, la malade ne peut plus marcher sans s'appuyer sur une canne, la marche est à peu près impossible au moment des périodes menstruelles : la sensibilité paraît intacte. Rien au membre supérieur du même côté. Elle éprouve en même temps une douleur vague sourde, parfois lancinante dans les aînes. Tous ces phénomènes subissent une exacerbation appréciable aux époques menstruelles. Elle aurait eu autrefois des ménorrhagées profuses

suivies d'une leucorrhée muco-purulente. Ces accidents ont diminué depuis le mois de mars 1877, à la suite d'un traitement qui a surtout consisté en cautérisations au nitrate d'argent. Migraines, faiblesse générale. Un médecin auquel la malade s'est adressée ces derniers temps a eu en vain recours à tous les médicaments habituellement employés en cas de paralysie: frictions, douches froides, injections sous-cutanées de strychnine.

L'utérus est en rétroflexion legère; on le saisit facilement à travers les ligaments de l'abdomen. Rien du côté des culs-de-sacs; il semble pourtant qu'il existe un peu de gonflement et de sensibilité des ganglions pelviens du côté de la parésie.

Sous l'influence du massage utérin, il se produit une amélioration rapide. Aprés un mois de traitement la malade pouvait, à son grand étonnement marcher des heures entières sans le secours de sa canne. Au mois de mai, il ne reste plus qu'un peu de faiblesse de la jambe et une constipation rebelle. Elle ne se fatigue qu'à la suite de longues courses à pied; j'ai eu de ses nouvelles 5 à 6 mois plus tard, la la guérison s'était maintenue.

Obs. XV

Métrite parenchymateuse. — Rétroflexion utérine. — Fixation de l'utérus dans cette position. — Ulcération du col. — Douleurs de différent siège. — Dyspareunie. — Massage. — Guérison.

Mme P..., 27 ans, cuisinière, vient me consulter pour la première fois à la fin de mars 1878. Depuis 3 ans, douleur assez vive pendant les rapports sexuels pour rendre la vie conjugale

impossible. Ces douleurs ayant leur maximum dans les régions vulvo-anale s'irradiaient aux deux aînes et jusque dans la région précordiale. Les rapprochements complets sont, depuis le début de ces accidents absolument impossibles. Tout aurait débuté à la suite d'un accouchement (1873). Cette personne eut à ce moment une leucorrhée profuse, les premières règles qui suivirent furent accompagnées de douleurs de reins, de douleurs hypogastriques, d'envies fréquentes d'uriner, de dysurie. Tendance au météorisme intestinal. La dyspareunie a eu pour conséquence des difficultés domestiques graves.

Injections vaginales froides, hydrothérapie, douches froides sur les reins, lavements opiacés, suppositoires belladonnés, tout cela sans résultat.

A l'examen local : Utérus volumineux en rétroflexion, fixé en arrière par des adhérences solides. Excoriation au pourtour de l'orifice du col, par lequel se fait un écoulement muqueux peu consistant. Etat général peu satisfaisant téguments flasques.

Massage. La dyspareunie diminue après trois semaines de ce traitement à tel point que *l'incompatibilité absolue d'humeurs* antérieure devient tout à fait relative. Au bout de 5 semaines, l'amélioration s'est accusée, l'état général s'est modifié au point de vue physique et moral, cette personne dort bien, a repris de l'embonpoint, le caractère est redevenu facile. J'ai reçu de ses nouvelles à la fin de l'année 1879 et j'ai appris que la guérison s'était maintenue.

Obs. XVI

Métrite parenchymateuse. — Métrorrhagies et leucorrhée, rétroflexion. — Dyspareunie. — Dernière grossesse il y a 8 *ans terminée par un avortement. — Massage utérin. — Disparition des accidents — Nouvelle grossesse terminée par un accouchement à terme.*

Mme L. E..., 40 ans, giletière, de constitution assez faible, s'est mariée à 31 ans, est devenue enceinte aussitôt après. Réglée pour la première fois à 13 ans, l'avait toujours été régulièrement tous les 26 jours. Durant 4 à 5 jours, vers l'âge de 16 ans, dysménorrhée. Actuellement, les règles sont précédées de douleurs de reins, qui cessent aussitôt que l'écoulement se montre. En même temps, leucorrhée gluante, qui devient plus abondante avant et après les règles. Il y a 8 ans, fausse couche pénible ; pelvi-péritonite à la suite ; la malade doit garder le lit pendant trois semaines. Métrorrhagies profuses : leucorrhée muqueuse au début, plus tard gluante et fétide, douleurs hypogastriques et céphalée habituelle, ventre ballonné, violentes crampes d'estomac, ne peut même plus supporter un corset.

État général mauvais, ne peut prendre que de la viande hachée ; vin de quinquina et de colombo pour exciter l'appétit. Aux époques menstruelles, douleur dans l'hypogastre et le côté gauche ; peu à peu elles se rapprochent, et reviennent tous les 15, puis tous les 6 à 7 jours. Depuis un an, dyspareunie et diminution considérable des forces.

Je vois pour la première fois cette malade au mois d'avril 1887 :

longueur utérine à l'hystéromètre, 8 cent. 1/2 et rétroflexion prononcée. Au toucher ; un peu de résistance dans le cul-de-sac latéral gauche ; malgré la position défectueuse de l'utérus, il est facile à saisir à cause de la maigreur et de la flaccidité des parois abdominales. Au début des séances, il est sensible à la pression ; au bout de trois semaines, le traitement est supportable, l'utérus a presque repris son volume normal ; pendant le mois qui suivit le traitement, n'eut ses règles qu'une seule fois ; la période suivait la dernière de 26 jours. Depuis la fin du traitement la dyspareunie a cessé. Il n'y a de leucorrhée qu'avant et après l'époque des règles. Pas de constipation, selles tous les deux jours de consistance normale, appétit satisfaisant, digestion facile. Plus de céphalalgie, les forces ont notablement augmenté. De triste qu'elle était, elle est devenue gaie, l'extérieur a changé, elle a bon aspect. A la fin de septembre, suspension des règles, grossesse terminée par un accouchement à terme, enfant vivant et bien portant.

Obs. XVII

Métrite parenchymateuse. — Abaissement utérin léger. — Rétroflexion utérine. — Leucorrhée. — Violentes douleurs hypogastriques. — Accouchement il y a 5 ans. — Pas de grossesse depuis lors. — Massage pendant 2 mois. — Nouvelle grossesse à la fin du traitement. — Nouvelle apparition des accidents après l'accouchement. — Guérison rapide par le massage.

Mme P..., marchande de vin, 34 ans, habituellement bien portante, il y a 5 ans, accouchement normal, suivi de différents troubles généraux et locaux. Depuis cette époque, a continuellement souffert, pesanteur hypogastrique, souvent si pénible que lorsqu'elle est assise, elle ne peut rester

longtemps dans cette position; de temps en temps, douleurs sourdes dans la région sacrée, plus violentes à l'époque de la menstruation; celle-ci, d'abord douloureuse cesse de l'être lorsqu'elle est bien établie. Une leucorrhée profuse au début a également un peu diminué ces derniers mois. Cette personne, habituellement constipée, l'est devenue plus encore depuis quelque temps. L'état général a souffert: appétit capricieux, dyspepsie et météorisme intestinal, caractère extrêmement irritable; comme elle a perdu son seul enfant, elle en désire vivement un autre. Le premier médecin qu'elle a consulté a prescrit une ceinture hypogastrique avec un pessaire de Hodge en caoutchouc durci. La marche a été facilitée; cautérisations du col au nitrate d'argent. La malade a pris des injections vaginales d'alun, des fortifiants, du fer et du vin de quinquina. Sous l'influence de la cautérisation, l'écoulement leucorrhéique n'a pas tardé à diminuer sérieusement, pour reparaître au bout de quelques semaines avec la même intensité. Aussi, l'état général a éprouvé une amélioration de courte durée. Je vois cette malade pour la première fois, au mois d'avril 1878, c'est une femme robuste, bien charpentée, et qui paraît douée d'une grande énergie. Au toucher vaginal on constate que la paroi antérieure est flasque et relâchée et qu'il existe un peu de cystocèle, un léger abaissement avec rétroflexion de l'utérus. L'organe a notablement augmenté de volume. Il est dur, fixé en arrière, comme enclavé dans le petit bassin. En faisant prendre à la malade la position génu-cubitale, et en imprimant quelques secousses à la région des reins, on réussit à dégager l'utérus, qui tombe assez en avant pour qu'on puisse sans difficulté le saisir à travers les téguments de l'abdomen. Le col est volumineux, entr'ouvert, après le redresse-

ment de l'utérus, il laisse écouler une certaine quantité de liquide plutôt muqueux que purulent. L'application du massage est un peu douloureuse au début, mais la malade, qui a longtemps souffert, le supporte sans difficulté. Au bout de quelques semaines, amélioration déjà sensible, peut marcher, mais il lui devient difficile de continuer à porter la ceinture hypogastrique à cause de l'exagération de la sensation de pesanteur dans le bas-ventre. A la dernière époque menstruelle pas de dysménorrhée, peut cesser son traitement à la fin de juin; 2 mois après le début, se déclare guérie. Appétit excellent, digère bien, toujours un peu de constipation; beaucoup moins irritable qu'auparavant, s'occupe sans difficulté de ses affaires courantes. On trouve à l'examen de l'utérus qu'il a notablement diminué de volume, mais qu'il a la même direction qu'auparavant.

En même temps que le massage utérin, on a fait celui de la paroi antérieure du vagin: elle a pris une consistance plus ferme et la cystocèle n'existe plus. En revoyant cette malade au mois de décembre, je constate avec satisfaction que la guérison s'est maintenue ; toute trace d'irritabilité nerveuse a disparu. Depuis 3 mois les règles ne se sont pas montrées.

La grossesse suivit son cours régulier, et la malade accoucha à terme sans accidents d'une petite fille bien constituée.

Trois semaines après son accouchement, sensation de pesanteur hypogastrique assez pénible pour l'empêcher de marcher. Utérus volumineux et notablement abaissé ; le massage ne me paraissant pas indiqué, je conseille à la malade de prendre une préparation d'ergot de seigle pour favoriser l'involution utérine, et de revenir me voir dans 6 semaines à 2 mois. A ce moment il s'est fait un peu d'amélioration, mais elle se plaint toujours d'une sensation de pesanteur très pénible dans les reins et

l'hypogastre. Utérus augmenté de volume, (8 cent.), le prolapsus vaginal est redevenu ce qu'il était avant l'accouchement. Une vingtaine de séances de massage suffirent pour tout ramener à l'état normal. Depuis lors j'ai eu à plusieurs reprises des nouvelles de cette malade, et j'ai su que la guérison s'était maintenue.

Obs. XVIII

Métrite parenchymateuse. — Rétroflexion utérine. — Ulcération du col. — Douleurs hypogastriques violentes. — Ménorrhagies. — Leucorrhée. — Pas de grossesse depuis trois ans. — Massage. — Guérison. — Nouvelle grossesse trois mois après la fin du traitement.

Mme B..., 23 ans, faiblement constituée. Malgré des douleurs continuelles datant de l'époque où son unique enfant, un garçon qui compte en ce moment trois ans, est venu au monde, elle désire avoir une fille. Malgré la faible distance de son domicile à la clinique de M. Paquelin, elle est obligée de se reposer plusieurs fois en route. C'est grâce à une énergie exceptionnelle de volonté qu'elle réussit à marcher. Les sensations douloureuses consistent surtout en une forte pression dans l'hypogastre ; elle porte instinctivement ses deux mains sur la région et la comprime fortement ; de cette manière elle obtient un peu de soulagement.

La menstruation, déjà abondante, l'est plus aujourd'hui qu'elle ne l'était auparavant ; elle est irrégulière et manque parfois pendant deux périodes consécutives. A ces souffrances s'est ajouté un écoulement muco-purulent devenu, il est vrai, moins abondant sous l'influence du régime suivi par la malade. Appétit mauvais; constipation habituelle ; sans lave-

ments, la malade n'aurait des selles que deux fois par semaine. Différents traitements, essayés à plusieurs reprises, n'ont produit qu'une amélioration passagère.

Ceinture hypogastrique; n'a pu la supporter par suite d'hyperesthésie cutanée. Injections vaginales d'une décoction d'écorce de chêne. Application d'un pessaire par une sage-femme. Un médecin a fait des cautérisations du col et des injections intra-utérines d'une solution de perchlorure de fer. Cette médication fut suivie à chaque fois de douleurs intra-abdominales violentes. Un autre médecin, consulté par la malade, cautérise au fer rouge le col utérin, et cela à plusieurs reprises, dans le cours de quelques mois. Amélioration passagère; je vois pour la première fois cette personne en juillet 1877. Au toucher vaginal, je constate que l'utérus est volumineux, rétrofléchi, mobile dans toutes les directions. Point plus résistant qu'ailleurs dans le cul-de-sac gauche ; la pression à ce niveau détermine des douleurs d'une certaine importance. Excoriation sur la lèvre antérieure du col. Par son orifice externe, issue de liquide presque glaireux.

La malade porte un pessaire de Hodge, en étain, que j'enlève immédiatement. La flaccidité de la paroi abdominale rend le massage facile, mais la malade, qui est affaiblie et très nerveuse, le supporte mal ; elle se décide à s'y soumettre seulement après les encouragements réitérés de différentes personnes auxquelles la méthode a procuré un soulagement rapide. Pour éviter les syncopes menaçant dans les premières séances, on est obligé de faire prendre un petit verre de rhum. Au bout de trois semaines, les forces ont augmenté et elle supporte mieux les manipulations.

La leucorrhée était presque tarie. L'appétit, nul au début du traitement, est maintenant excellent ; il paraît même exa-

géré par moments. Dort bien, plus de dysménorrhée, n'éprouve aucune douleur lors de la première période menstruelle. On cesse le traitement au bout de trente-huit jours; l'aspect général a complètement changé. Les téguments sont roses, les yeux vifs, les tissus fermes; plus de constipation. Peut faire de longues promenades à pied sans fatigue ni faiblesse.

J'ai revu cette malade à plusieurs reprises; d'abord cinq semaines après la cessation du traitement; la guérison s'était maintenue; puis sept mois plus tard à la campagne, elle était au quatrième mois d'une grossesse. J'ai su qu'elle ne put arriver à son terme par suite d'une imprudence de la malade qui dansa dans un bal champêtre. Le lendemain, avortement suivi d'une pelvi-péritonite qui l'obligea de garder le lit pendant plusieurs semaines. Elle guérit; je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis.

Obs. XIX

Métrite parenchymateuse. — Rétroflexion utérine. — Avortement deux mois après son mariage. — Plus de grossesse pendant sept ans. — Leucorrhée. — Douleurs hypogastriques violentes. — Discision du col utérin inutile. — Massage. — Disparition des accidents. — Grossesse deux mois après la fin du traitement.

Pendant mon séjour à Ragatz, en 1885, j'ai l'occasion de voir Mme S..., âgée de 32 ans. Réglée pour la première fois à 13 ans, elle l'a toujours été régulièrement jusqu'à son mariage en 1878. Pas de dysménorrhée. L'écoulement sanguin était abondant et durait d'habitude six à huit jours. Fausse couche à la fin du deuxième mois qui suivit

son mariage ; elle ne s'alita même pas et continua de faire son ménage comme d'habitude. Aujourd'hui se plaint exclusivement de pertes blanches et d'une douleur brusque correspondant au milieu de l'intervalle qui sépare deux époques menstruelles. Cette douleur est sourde, a son siège dans tout le bas-ventre, et les régions ischiatiques ; peut à peine rester assise quelque temps, tant la sensation de pesanteur périanale est pénible. Parois abdominales sensibles au toucher. Constipation opiniâtre. Regrette beaucoup de ne pas avoir d'enfants. Un spécialiste, qu'elle a vu quelque temps auparavant, a fait une discision du col utérin.

A l'époque où je la vis pour la première fois, la leucorrhée avait diminué, mais les autres symptômes existaient au même degré qu'auparavant. Utérus volumineux (à l'hystéromètre 8), de consistance molle, rétrofléchi, très mobile, de telle sorte que le déplacement paraît moins accusé un jour qu'un autre.

Rien dans les culs-de sac. Massage difficile à cause de l'extrême sensibilité de la malade.

Certains jours je réussissais à saisir l'utérus à travers la paroi abdominale, mais d'autres fois je devais y renoncer. Au bout de trois semaines d'un traitement forcément irrégulier, la malade me déclara qu'il lui était impossible de le supporter plus longtemps ; malgré tout, les résultats avaient été satisfaisants. Lors de mon séjour à Ragatz, l'année suivante, j'appris de son mari qu'elle était devenue enceinte deux mois après la fin du traitement. Accouchement normal. Depuis lors, accidents du côté de l'ovaire droit, à la suite desquels je dus la traiter de nouveau pendant mon séjour dans la même localité en 1887. (La fin de cette observation sera publiée dans un travail actuellement en préparation sur les affections de l'ovaire et du tissu cellulaire pelvien.)

Obs. XX

Métrite parenchymateuse. — Rétroflexion utérine. — Leucorrhée profuse. — Application de divers traitements sans succès. — Massage. — Guérison.

Mme L..., 25 ans, cuisinière, vue pour la première fois au mois de mars 1877. A, depuis 1873, des pertes blanches abondantes. Elle avait eu, peu de temps auparavant, une fausse couche ; cet accident me paraît avoir produit une métrite aiguë, simple ou compliquée, par suite de laquelle elle dut garder le lit pendant près de six semaines.

Les règles reviennent seulement au bout de trois mois, ménorrhagies. La malade, peu robuste par nature, éprouve des douleurs lombo-inguinales violentes, surtout aux époques ; elles persistent même quelques jours plus tard, puis cessent, et la malade est tout à fait tranquille jusqu'à la période menstruelle suivante.

Rappelons que les règles sont abondantes et qu'elles durent plusieurs jours ; que les pertes blanches sont translucides et profuses. Ces circonstances ont été la cause principale du développement d'un état d'anémie extrême, avec accidents nerveux, parfois insomnies, parfois réveils en sursaut répétés dans le cours de la nuit ; dégoût pour la viande, appétit satisfaisant pour le reste, pas d'amaigrissement. Tous les moyens thérapeutiques ordinaires des affections utérines ont été essayés sans succès. Ceinture hypogastrique, pessaire vaginal élastique, injections astringentes, cautérisations du col avec le fer rouge ; celles-ci ont été suivies d'amélioration, mais cette amélioration a toujours été momentanée et les principaux accidents sont constamment revenus peu de temps après le traitement.

Par le toucher bimanuel, on constate que l'utérus est en rétroflexion, incliné à droite et légèrement abaissé. Du côté gauche du col, part une bride fibreuse qui se dirige vers l'épine sciatique correspondante ; on peut refouler l'utérus en avant, mais il présente une tendance marquée à reprendre sa position habituelle.

Le col est volumineux, excorié sur sa lèvre postérieure ; par l'orifice s'écoule une grande quantité de liquide séro-purulent ; la malade a des pertes même en marchant.

Découragée par l'insuccès de toutes les médications employées jusqu'alors, la malade réclame le massage avec insistance et s'y soumet régulièrement. Après quarante séances interrompues seulement à l'époque des règles, l'écoulement avait notablement diminué. La longueur de l'utérus est de 1 cent. en moins qu'au début du traitement ; la consistance est en même temps devenue plus ferme. La guérison, très avancée, n'était pourtant pas tout à fait complète au moment où la malade cessait le traitement ; elle me revint au bout de quelques semaines, déclarant qu'elle allait un peu moins bien qu'au moment de la dernière période menstruelle. En 14 à 15 séances de massage, on a raison de tout. J'ai revu cette malade six mois plus tard, la guérison s'était maintenue ; il n'y avait pas d'accidents, même au moment des périodes.

L'étude des flexions utérines nous conduit forcément à celles d'autres accidents, placés souvent parmi les déviations : les versions. Il vaudrait mieux, selon nous, pour la clarté et l'unité de l'exposition appliquer le mot déviation exclusivement aux *changements de formes* c'est-à-dire aux flexions, et rejeter

les versions ou les abaissements dans les *changements de situation*.

Nous avons vu que la lésion du parenchyme utérin explique tous les changements de formes : flexions latérales, en avant et en arrière : il suffit de tenir compte de la marche et des différences de résistance de tissu ; inutile de songer à l'augmentation de poids et à l'état des organes du voisinage. Dans les versions et les abaissements, ce n'est plus la même chose. On peut admettre, à la rigueur, que sous l'influence des changements apportés dans la densité de l'organe par l'inflammation, il s'est fait un déplacement de son centre de gravité mais cette explication physique ne rend compte de rien. Il est plus simple de supposer que si l'utérus s'abaisse, que si le corps exécute un mouvement de bascule en arrière, cela tient à des modifications structurales des moyens de fixité ; à leur allongement ou à la formation de brides rétractées. Ajoutons à cela l'influence des causes qui peuvent favoriser le déplacement, ou lui imprimer une direction dans un sens ou dans un autre, telles que la marche, les mouvements exagérés, les efforts pour soulever un fardeau, etc. ; et nous aurons une idée plausible du mécanisme des abaissements et des versions.

« Les altérations anatomiques que je viens d'indiquer existent dans bien des cas. Les portions du

péritoine qui entourent l'utérus peuvent être le siège d'une inflammation, dans une plus ou moins grande étendue ; elles secrètent des fausses membranes, très épaisses, qui forment des adhérences de l'utérus aux organes voisins. » (Scanzoni.)

Ces lésions ont été, en effet, rencontrées dans plusieurs de nos observations. Rien n'est plus facile à expliquer alors, qu'une rétroversion, par exemple : la traction qu'exerce une bride inflammatoire intra-pelvierne suffit pour amener le fond de la matrice en avant ou en arrière. Bien souvent il n'y a pas de pelvi-péritonite formative ; tous ceux qui se sont occupés de déplacements utérins, reconnaissent que les propagations de la métrite aux tissus du voisinage, jouent un rôle de première importance. Legendre, après avoir longuement discuté l'influence de l'accouchement sur la production du prolapsus utérin, fait remarquer qu'il agit surtout par la métrite et la périmétrite. « Rien n'est plus fréquent, dit-il, que cet état inflammatoire chronique post puerpéral. Non seulement il agit sur les moyens de suspension de l'utérus en les ramollissant, mais il est la cause de la formation de nouvelles tumeurs, soit intra, soit extra-utérines. » Nous ne retiendrons de cette citation que les points relatifs aux relâchements inflammatoires ; car, pour l'instant, nous n'avons pas l'intention de chercher quelles influences ils exercent dans la production des néoplasmes.

« Le péritoine qui entoure l'utérus, disent MM. Demarquay et Saint-Vel, peut être le siège d'une inflammation localisée, dont la conséquence dernière est le maintien de l'utérus dans des conditions anormales et son adhérence aux organes voisins, au moyen de fausses membranes. » Presque tous les cas de métrite parenchymateuse dont nous rapportons lesobservations, avaient pour origine un accouchement ou un avortement ; il y a donc lieu de supposer que les accidents à propos desquels les auteurs sont unanimes, s'étaient produits.

En admettant que tout reste localisé à l'utérus, on peut appliquer à la séreuse ce que nous avons dit pour la muqueuse : la phlegmasie du parenchyme détermine la stase dans ses veines ; la métrite chronique s'accompagne de congestion passive de tous les tissus pelviens ; cette congestion est suivie d'altérations structurales qui facilitent les déplacements, à tel point qu'ils peuvent se produire sous l'influence d'une cause déterminante extrêmement légère. Nous donnerons ici trois observations dans lesquelles la métrite chronique était compliquée de déplacements.

Obs. XXI

Métrite parenchymateuse. — Antéversion utérine. — Leucorrhée. — Douleurs de différents sièges. — Dysurie et envies fréquentes d'uriner. — Massage. — Guérison.

Mme A..., 30 ans, entre au mois de mars 1876 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur Péan, qui veut bien la confier à nos soins. Cette personne se plaint surtout d'envies fréquentes d'uriner, cet accident s'est développé peu de temps après son dernier accouchement, il y a 3 ans. Elle a jusqu'à 25 mictions dans la journée, 4 à 5 dans la nuit. A chaque fois, elle expulse simplement quelques gouttes d'urine, toujours claire. Le plus souvent, la miction est indolente ; de temps à autre, et surtout à l'époque des règles, ce symptôme présente une exacerbation marquée et s'accompagne d'une sensation de brûlure. Ces accidents gênent notablement la malade dans l'exercice de sa profession (elle est blanchisseuse). Tous les médecins qu'elle a consultés l'ont traitée pour une cystite ; elle a pris des balsamiques, de l'eau de Vichy et de Contrexéville, dans ces derniers temps on a appliqué des suppositoires belladonnés, sans résultat. Ces derniers, pourtant, ont diminué le nombre des mictions durant le jour et durant la nuit ; mais une fois qu'on a cessé le traitement, les phénomènes sont redevenus ce qu'ils étaient. Outre cela, douleurs légères dans les reins ; sensation de pression hypogastrique ; un peu de leucorrhée à l'approche des règles. Éprouve maintenant une certaine difficulté à se tenir longtemps debout. La fréquence des mictions et l'irrégularité du sommeil, forcément interrompu à plusieurs reprises, dans le cours de la nuit, y contribuent pour une forte part.

A l'examen local, on trouve l'utérus en antéversion. Il est est dur, mobile ; culs-de-sacs souples. L'orifice externe laisse sortir une petite quantité de liquide non purulent; l'urine ne renferme pas de pus.

Comme le traitement dirigé jusqu'à ce moment du côté de la vessie n'a rien produit, et que les phénomènes ayant leur siège du côté de l'utérus peuvent rendre compte de tout ce qui existe, le massage paraît indiqué. Au bout de 5 semaines, les envies sont moins fréquentes qu'auparavant. Après 3 mois et 36 séances de massage, l'irritabilité est notablement diminuée, elle n'est plus obligée de se relever la nuit et n'a que 5 à 6 mictions par jour. L'état général s'est amélioré en conséquence. J'ai eu des nouvelles de cette personne, six mois plus tard, vers la fin de l'année, par une de ses amies, et j'ai appris que la guérison s'était maintenue.

Obs. XXII

Métrite parenchymateuse. — Antéversion utérine. — Douleurs hypogastriques violentes. — Douleurs réflexes éloignées. — Dyspareunie. — Grossesse unique, il y a 10 ans, plus d'autres depuis. — Massage. — Guérison. — Nouvelle grossesse, 4 mois après la fin du traitement.

Mme T..., concierge, 38 ans, souffre depuis 10 ans. Son affection utérine, qui, d'après elle, remonte à cette date, aurait été la conséquence d'un accouchement laborieux. Elle a été traitée par différents médecins : pessaires, cautérisations, injections vaginales, on a tout essayé, même les injections intra-utérines. Depuis longtemps, elle porte une ceinture hypogastrique. Douleurs des reins s'irradiant parfois jusque dans les

cuisses, sensation de pression à l'hypogastre. Ces accidents sont plus prononcés durant la marche, ce qui empêche la malade de faire de longues stations à pied. La fatigue, qu'elle ne tarde pas à éprouver à cette occasion, rend la promenade encore plus difficile. Une pesanteur très pénible dans la région de l'anus augmente encore cette gêne. Au début, ménorrhagies inquiétantes; actuellement, la menstruation est normale. Presque plus de leucorrhée. Un peu de météorisme intestinal. Constipation habituelle. Dyspareunie. Gastralgie à attaques assez rares, mais très pénibles. Névralgie occipito-pariétale, palpitations, sensation de suffocation à chaque émotion vive; envie de pleurer sans cause appréciable. Utérus volumineux, très dur en antéversion mobile en tous sens. Du reste, rien à noter du côté des organes génitaux. Étant données la durée très longue des accidents, la multiplicité des traitements suivis, il y a tout lieu de supposer que l'état de l'utérus et des parties voisines laisse à désirer. C'est sur les instances même de la malade, dont plusieurs amies ont été guéries par le massage, que je consens à l'appliquer, faisant des réserves expresses pour le résultat qu'il serait possible d'obtenir. Cette personne a de l'embonpoint et le traitement est assez difficile. Afin de diminuer la sensibilité, je fais appliquer pendant quelque temps, au début de la séance, des compresses glacées sur le ventre. Au bout de trois semaines, l'hyperesthésie du début n'existe plus, et le procédé peut être appliqué plus facilement. Sous l'influence des manipulations, le pannicule adipeux abdominal a diminué; les téguments sont devenus plus flasques et plus minces.

Après 46 jours d'un traitement suivi avec la plus parfaite régularité, la malade se déclare presque guérie. Elle ne se plaint plus que d'un peu de faiblesse et de temps en temps

d'accidents nerveux. Je revois cette personne au bout de 3 mois, elle va très bien. Les douleurs lombaires ont disparu, de même que la sensation de pesanteur péri-anale dont elle se plaignait. Peut marcher sans fatigue et sans la moindre gêne. Depuis la fin du traitement, elle n'a plus d'attaques de gastralgie, ni de névralgies de la tête. La dyspareunie n'existe plus. La surcharge graisseuse des parois abdominales a diminué : l'aspect général est devenu meilleur.

Quatre mois après la fin du traitement, les règles cessent pendant 2 périodes, ce qui n'était jamais arrivé. La malade vient me trouver de nouveau, assez inquiète : je crois à une grossesse et je lui fais part de ma supposition qu'elle se refuse à admettre. Elle était malgré tout exacte, et cette personne accoucha à terme d'un garçon bien développé.

Obs. XXIII

Métrite parenchymateuse. — Dysménorrhée. — Rétroversion. — Troubles gastriques. — Crampes d'estomac. — Céphalalgie correspondant à l'époque des règles. — Massage de l'utérus. — Guérison.

Mme L..., 28 ans, américaine de constitution délicate, réglée pour la première fois à 15 ans, l'a toujours été régulièrement; d'habitude, les époques durent 3 jours, mais l'écoulement est peu abondant. Aurait été très anémique dans sa première jeunesse; leucorrhée avant et après les règles; céphalalgie paroxystique sous forme d'accès de migraine. Prend du fer; un peu d'amélioration. En 1879, scarifications sur le col utérin et cautérisation pour une ancienne ulcération du col. Reste pendant un mois dans le décubitus dorsal. L'état général fut satisfaisant jusqu'à l'automne de 1882, époque où elle

se maria. Quelques mois plus tard, leucorrhée jaune verdâtre, épaisse, douleur du rein. L'anémie reparaît, faible et abattue. Le sang menstruel est toujours peu abondant. Dysménorrhée. La douleur est assez vive pour obliger la malade à prendre le lit; elle continuait encore 6 heures après que celle-ci s'était montrée.

La malade souffrait en outre de crampes d'estomac, surtout la nuit; d'une douleur dans l'aine gauche (névralgie lombo-abdominale). Elle se présente à mon cabinet au printemps de l'année 1885. Par suite de la sensibilité des parois abdominales, sensiblement chargées de graisse, il fut impossible d'arriver à saisir et à examiner l'utérus. — Massage des téguments du ventre.

Je ne réussis qu'au bout de 15 jours à diminuer la sensibilité, au point de rendre possible le massage utérin. L'utérus est volumineux, plus résistant qu'à l'ordinaire; il est en rétroversion légère et présente un peu d'inclinaison à droite. Il est mobile en tous sens, mais sensible à la pression. Dans le cul-de-sac gauche, un peu de résistance, mais pas de douleur à la pression. Le traitement est toujours d'une application difficile. Cependant, plus on avance, plus la sensibilité des téguments et celle de la matrice diminuent; de telle sorte qu'à la fin, les manipulations sont très bien tolérées.

Dans le cours de deux mois, il y eut plusieurs interruptions par suite d'absences de la malade. Cependant, vers la fin du traitement, une amélioration notable est manifeste : le sang menstruel est plus rose, plus abondant. La seconde époque qui suit la fin du traitement est indolente. Il n'y a de leucorrhée qu'un peu avant et après les règles. Les crampes d'estomac sont rares et peu pénibles. L'aspect général est satisfaisant. Le seul phénomène qui persiste, c'est la cépha-

lalgie paroxystique. L'utérus a diminué de volume, il est plus mou, moins sensible à la pression. Nouveau traitement de 3 semaines de la céphalalgie par le massage.

J'ai revu cette malade au mois d'octobre dernier, elle ne se plaint plus que d'une leucorrhée et d'une céphalalgie légères à l'approche des règles; plus de dysménorrhée ni de crampes d'estomac.

Obs. XXIV

Métrite parenchymateuse. — Rétroversion. — Massage. — Guérison.

Mme N., réglée pour la première fois à 11 ans, mariée, il y trois ans, grossesse en 1887, terminée par un avortement au troisième mois, à la suite d'une chute dans un escalier. Retour des règles au bout de deux mois. Peu de temps après, sensation de pesanteur dans l'aîne gauche s'irradiant dans la cuisse correspondante et la région hypogastrique. Tous les soirs le ventre est ballonné et tendu. Besoins fréquents d'uriner (jusqu'à 20 fois dans la journée). Miction pénible. Leucorrhée profuse, surtout à l'approche des règles. Affaiblissement : la marche devient difficile ; les douleurs persistent le jour et la nuit. Après une saison à Châtel-Guyon, amélioration, ne souffre plus que le soir.

Je vois cette personne dans les premiers jours d'octobre 1888 : dysménorrhée telle qu'elle est obligée de garder le lit 24 heures avant l'apparition des règles (douleurs hypogastriques, coliques utérines).

A l'examen, je trouve l'utérus très mobile en rétroversion, de consistance un peu moindre qu'à l'état normal; pas de

douleurs dans les culs-de-sac. Massage un peu laborieux à cause de la résistance de la paroi abdominale. Pendant les premiers jours, il est assez difficile de saisir l'utérus, après quelque temps, la tolérance s'établit et il devient facile de l'atteindre.

A la première menstruation qui suit le début du traitement, la dysménorrhée a un peu diminué ; au bout d'un mois, les douleurs ont complètement cessé. Guérison radicale, après six semaines de traitement. Plus de douleurs ni d'envies fréquentes d'uriner ; pas de flatulence. L'état général est excellent. Pas de dysménorrhée ; à la dernière époque, elle est surprise par l'écoulement sanguin. L'utérus a repris son volume et sa consistance, mais il est toujours en rétroversion. J'ai revu la malade trois mois plus tard, la guérison s'est maintenue.

Obs. XXV

Métrite parenchymateuse. — Léger abaissement utérin. Dysménorrhée et leucorrhée menstruelles. — Massage. — Guérison.

Mme P., 28 ans, femme d'un employé, vient me consulter, en avril 1877 : réglée pour la première fois, à 16 ans, l'a toujours été régulièrement. Mariée depuis quelques années, plusieurs accouchements, dont le dernier en 1875. Les règles ont reparu au bout de deux mois, sans accidents; elles étaient simplement un peu moins abondantes que de coutume. Depuis cette époque, la menstruation est devenue possible, elle est précédée de violentes douleurs des reins et des aînes, qui cessent aussitôt que le sang se montre mais reviennent ensuite, mais plus faiblement, et continuent pendant toute la durée de la menstruation. Les douleurs s'accompagnent d'une névralgie intercostale violente et de migraine. Leucorrhée

glaireuse tachant le linge; parfois elle devient plus franchement purulente, et laisse des traces jaunes verdâtres. Rétroversion; un peu d'abaissement, ne peut se tenir longtemps debout ni rester dans une voiture non suspendue en marche. La leucorrhée n'a d'importance qu'au moment des règles. Cette personne a été soignée exclusivement jusqu'ici par une sage-femme. Injections vaginales d'une décoction de feuilles de noyer. Depuis quelques mois elle porte un pessaire de Hodge, en aluminium. La présence de cet instrument ne semble avoir produit aucune amélioration. A l'intérieur, elle prend des fortifiants et une certaine quantité de vin de quinquina. Ce médicament est aujourd'hui difficilement supporté, la malade prétend qu'il lui fait mal à l'estomac. Par suite de la flaccidité des parois abdominales, le massage est facile. Le traitement est commencé au mois d'avril 1877 : comme je trouvai plusieurs jours de suite l'utérus dans une position normale, je crus un moment qu'il ne s'en écartait jamais, mais je m'aperçus vite qu'il reprenait sa situation antérieure, sous l'influence de la pression exercée par les intestins sur sa face antérieure.

La première menstruation qui suit le traitement est accompagnée de beaucoup moins de dysménorrhée que les précédentes; à la seconde, il y en a moins encore. La malade n'a presque plus conscience de l'approche des règles. A la fin du traitement, les douleurs locales ont disparu.

Je ne sais trop si le mot guérison convient pour les flexions et les versions. Les malades n'avaient plus de douleurs hypogastriques, ni de dysménorrhée; certaines restées plusieurs années sans enfants sont devenues enceintes. En disant qu'elles ont été gué-

ries on n'emploie pas une hyperbole. Cependant si l'on avait en vue la disposition anatomique seule, on ne pourrait pas parler de guérison. Les flexions ou les versions étaient, après le traitement, ce qu'elles étaient avant. J'avais cru, autrefois, obtenir des améliorations : Des examens répétés m'ont prouvé que je m'étais fait illusion. Je ne crois pas que le massage simultané de l'utérus et des ligaments larges recommandé par Brandt et quelques autres ait donné plus de succès. J'eus recours naguère à cette méthode contre une rétroversion, je crus bien l'avoir guérie ; l'utérus garda pendant 14 jours sa situation normale. Au moment où j'allais cesser le traitement, tout se reproduisit par la seule pression des anses intestinales. Dans un autre cas, le résultat fut identique ; j'ai revu la malade 4 à 5 mois plus tard, le déplacement n'était pas modifié.

Je n'ai pas été plus heureux dans les flexions et pourtant j'ai appliqué littéralement le procédé de Brandt. Sur 5 antéflexions j'ai eu une seule fois une amélioration, 15 jours avant que le malade cessât le traitement ; quatre mois plus tard il n'en restait pas trace, l'utérus était antéfléchi comme avant. Aujourd'hui : que j'aie affaire à une flexion ou à une version je ne me préoccupe ni de la forme ni de la direction, car je suis persuadé que ces anomalies isolées, sont incapables de produire aucun acci-

dent, pas même la constipation : que je puisse arriver à saisir le corps, à exercer convenablement la manipulation par la paroi abdominable, c'est tout ce que je demande.

Si les déplacements et changements de forme peuvent avoir une influence sur la métrite, cette influence ne se produit que pendant la période d'état, lorsqu'ils augmentent la stase veineuse. Dès que nous avons eu raison de celle-ci, leurs conséquences deviennent insignifiantes. Pourtant il existe une rare unanimité dans l'opinion relativement à l'importance des anomalies en question ; médecins traitants, spécialistes, malades, tout le monde s'en préoccupe. Dès que l'utérus est déplacé, dès que les directions respectives de ses différentes portions se trouvent modifiées, il faut procéder à des rectifications et les maintenir. On essaie tous les pessaires ; pour l'instant celui de Hodges qui est en vogue ; puis vient la ceinture hypogastrique. Je ne crois pas qu'un seul pessaire soit capable de redresser une antéversion ou une rétroversion ; aucun ne peut rien contre les flexions ; bien des praticiens sont persuadés à tort qu'ils y remédient. C'est pourtant un problème de mécanique appliquée très simple. Que faut-il pour ramener l'utérus à sa situation normale et l'y maintenir ? — Une force suffisante pour résister aux causes de déplacements et dont le point d'application soit fixe. Pas

une de ces conditions n'est remplie : le pessaire n'est maintenu que par la musculature vaginale ; sa tonicité diminue par suite de l'effort continu qu'on lui impose et alors il faut augmenter le volume de l'instrument. Les organes de la région sont sujets à des déplacements presque incessants, par suite des changements de volume de la vessie et du rectum, de la marche, etc ; rien n'est donc plus aléatoire que la fixation. La présence d'un corps étranger dans une cavité naturelle a d'autres inconvénients : il provoque une sécrétion catarrhale avec relâchement de la couche sous-jacente ; la malade est obligée d'enlever l'instrument pour le nettoyer, elle le remet comme elle peut. Dieu sait ce que devient le redressement !

Les ceintures hypogastriques ne valent pas mieux : elles contribuent simplement à refouler vers l'épigastre la masse des circonvolutions intestinales.

Malgré tout beaucoup de femmes déclarent qu'elles sont soulagées ou du moins qu'elles l'ont été par elles. Nous n'avons aucune raison d'en douter : ces malades sont exigeantes pour les améliorations, si elles en accusent une, elle est réelle et tient à une immobilisation partielle de l'utérus. Il était enflammé, mobile et chaque mouvement provoquait des douleurs, le repos les atténue.

Au lieu de la ceinture et des pessaires : il faudrait

un appareil capable de fixer les viscères pelviens. Le trouvera-t-on? J'en doute. Mieux vaudrait laisser de côté la mécanique et envisager la question comme elle doit l'être. Dans l'immense majorité des cas, je le dis et je le répète, la flexion ou la version ne sont cause de rien. Les phénomènes morbides qui les accompagnent appartiennent à la métrite : la preuve, c'est leur disparition, lorsque celle-ci est guérie. Je conseille le massage parce qu'il la guérit, et met les malades dans des conditions telles qu'elles n'ont plus conscience des déviations.

CHAPITRE VI

Mécanisme de la dysménorrhée.

DYSMÉNORRHÉE CONGESTIVE ET DYSMÉNORRHÉE MÉCANIQUE. — RARETÉ DE CELLE-CI. — PHÉNOMÈNES ACCOMPAGNANT LA DYSMÉNORRHÉE. — ANALYSE STATISTIQUE DE CES PHÉNOMÈNES DANS NOS OBSERVATIONS.

La dysménorrhée présente une telle importance clinique, que je lui ai réservé tout un chapitre : c'est à cause d'elle que les malades s'adressent aux spécialistes. Sa disparition représente pour beaucoup la délivrance ; elles ne souffrent plus, donc elles sont guéries; cette manière de raisonner n'est pas tout à fait fausse. Mais la dysménorrhée n'est qu'un symptôme.

On a beaucoup discuté sur sa nature et son origine ; on a dit qu'il existait une dysménorrhée ovarienne et une dysménorrhée utérine, soit; mais il est difficile de distinguer l'une de l'autre. Des douleurs consécutives à

la métrite sont souvent suivies de névralgies préovariennes par irradiation ; le massage utérin les guérit, preuve que ces phénomènes ovariques étaient secondaires. On arrive au diagnostic que par exclusion ; il ne serait possible d'admettre l'intégrité de l'utérus que si les commémoratifs et les symptômes constatés dans une recherche attentive, ne décelaient rien qu'on pût lui rattacher. Nous n'avons pas à nous occuper de ces cas.

Lors donc que nous nous trouvons en présence d'une dysménorrhée utérine, il faut pour remonter à ses origines et poser des indications causales, passer en revue plusieurs hypothèses. On a dit que ces accidents étaient nerveux, congestifs, mécaniques. La distinction de la névralgie et de la congestion est trop subtile pour qu'il soit possible d'en tirer parti.

La question se réduit à deux termes. Les malades souffrent, disent les partisans de l'origine mécanique, parce que, dans les flexions, le canal cervical est étroit et trop oblique pour donner facilement passage au sang. Nous avons assez dit que celles-ci sont coupables de moins de méfaits qu'on ne leur en impute. Le sténose cervicale produirait seule les difficultés menstruelles. Sous l'influence de Marion Sims, cette idée a acquis, depuis une dizaine d'années, une grande popularité parmi les médecins: Une femme a dans les lombes ou à l'hypogastre, des douleurs

sourdes, continues, que la marche et les mouvements exagèrent surtout à l'approche des époques. La sensation pénible d'abord mal définie, prend le caractère paroxystique ; le toucher n'a montré ni version ni flexion ; l'examen au spéculum ne fait pas voir ni ulcération, ni augmentation de volume ; plus de doute, le canal cervical est trop étroit, on débride ; la discision ne donne pas toujours ce qu'on voudrait ; les coliques utérines tourmentent après comme avant. Il suffit de réfléchir à ce qui arrive, dans d'autres cas, pour comprendre que la théorie mécanique est peu satisfaisante et que ses applications sont restreintes. On voit souvent des personnes chez lesquelles l'orifice cervical présente une telle exiguité que le cathétérisme est impossible avec des instruments du plus fin calibre ; elles n'ont jamais souffert au moment des règles. La douleur cesse, après l'expulsion des caillots ; comment ceux-ci pourraient-ils sortir si le sang liquide n'avait pu passer ? Leur formation correspond à une stase intra-utérine ; on ne voit pas pourquoi le sang qui sort sans provoquer des douleurs après eux, restait auparavant emprisonné dans la cavité, pourquoi il s'y était accumulé. Il y a des atrésies qui exigent des discisions, mais elles sont consécutives à des cautérisations répétées, comme nous l'avons vu, dans une de nos observations. Inutile de prendre l'exception

pour la règle et de guider toute la thérapeutique sur un accident rare. « Il n'y a pas, dit M. Gallard, au point de vue clinique, une différence très tranchée entre la dysménorrhée mécanique et la dysménorrhée congestive ou inflammatoire, la transition de l'une à l'autre, en tant que manifestation symptomatologique ou clinique s'opère d'une façon en quelque sorte insensible [1]. » On comprend difficilement cette transaction entre deux théories qui s'excluent. Comment l'atrésie cervicale peut-elle hyperémier la muqueuse ? Comment sa congestion peut-elle produire une sténose cervicale, si elle n'est pas suivie d'exsudation inflammatoire ?

Il y a entre la dysménorrhée congestive et la dysménorrhée mécanique bien des différences surtout au point de vue de la fréquence : la première est commune, la seconde, on ne peut plus rare.

La dysménorrhée, la stérilité, la leucorrhée viennent d'une même cause, la phlegmasie chronique. S'il était nécessaire de trouver une explication plus précise pour la première, les recherches anatomiques de Patenko nous la fourniraient. Nous avons vu que les terminaisons nerveuses arrivent au voisinage des culs-de-sac glandulaires ; c'est à la surface de la muqueuse que se passe la dernière partie de la menstruation.

1. *Leçons sur la menstruation*, p. 278, Paris, 1885.

L'expulsion du sang et le retour de la membrane à l'état normal, sont des phénomènes de restauration organique. Il est difficile d'admettre que tout sera régulier, que les extrémités nerveuses ne seront impressionnées en quoi que ce soit, lorsqu'il existe des zones alternatives de congestion, de dénudation, de sclérose. Nous retrouvons la même idée les mêmes considérations reviennent, car nous avons affaire à un processus évoluant avec une grande simplicité et dont les conséquences seules varient.

Laissons les sténoses au second plan. Le mécanisme de la dysménorrhée s'explique par :

La congestion menstruelle ;

Les poussées subaiguës dans un organe atteint d'inflammation chronique ;

L'irritation et la compression des terminaisons nerveuses ;

La réaction irrégulière et incomplète des plans musculaires.

Nous allons voir quelques observations dans lesquelles la douleur fut le principal symptôme.

Obs. XXVI

Métrite parenchymateuse. — Dysménorrhée. — Douleurs réflexes éloignées.— Massage. — Guérison.

Mme M..., 28 ans, se présente à moi, au mois d'avril 1880. Mère de 2 enfants, dont le plus jeune a 3 ans. Réglée pour la première fois à 13 ans, sans accidents ; menstruation toujours régulière. Le dernier accouchement a été très pénible. Depuis lors, traitée par différents spécialistes pour un catarrhe utérin avec ulcération étendue. Cautérisation au nitrate d'argent; injections intra-utérines d'une solution de nitrate d'argent. Hydrothérapie ; bains de mer dans le cours de l'été dernier. Alimentation fortifiante, vin de quinquina, viande crue sous plusieurs formes. Toutes les fois qu'elle est revenue des bains de mer, sa santé générale était satisfaisante ; elle souffrait peu. L'hydrothérapie produisait également une amélioration; mais, comme dans le premier cas, celle-ci était passagère. Depuis l'année dernière, elle porte une ceinture hypogastrique. Cet appareil lui est très utile, et, grâce à lui, la marche est devenue possible. Pourtant, elle éprouve de temps à autre, surtout au moment des règles, des douleurs dans la région des reins, qui s'irradient du côté des cuisses. Il existe en outre, vers les ovaires, des deux côtés, des douleurs sourdes, habituelles, qui prennent de temps en temps le caractère aigu et paroxystique. Elle éprouverait une sensation analogue dans la région précordiale. La leucorrhée, profuse autrefois, est insignifiante aujourd'hui ; elle n'a guère qu'un écoulement muco-purulent léger cependant un peu plus abondant que d'habitude, à l'époque des règles ; celles-ci sont normales ; pas de ménorrhagies. La

dysménorrhée n'a fait qu'augmenter. La malade est obligée de garder complètement le repos 24 heures avant. Les douleurs cessent aussitôt que l'écoulement sanguin s'établit ; elles reviennent un peu après et ne disparaissent complètement qu'au bout de 3 jours. Digestion pénible et capricieuse. Toujours un peu de constipation. A la fin de la journée, le ventre est si ballonné, que la malade, par suite de la gêne de la respiration, est, de temps à autre, obligée de desserrer ses habits pour se procurer quelque soulagement. Elle est tourmentée par une céphalée continue et très pénible. Pas de dyspareunie. Au toucher : utérus volumineux, très mobile en tous sens. Par l'orifice cervical, sort du mucus glaireux assez épais, mais en petite quantité. Météorisme intestinal rendant le massage assez difficile. L'utérus est peu sensible au toucher, mais les manipulations provoquent une douleur hypogastrique que la malade compare à la compression qu'exercerait une barre. Cette pression est accompagnée d'une poussée de névralgie intercostale. Après 3 semaines de traitement, la douleur a changé momentanément de siège ; elle paraît occuper exclusivement l'utérus. Après 4 à 5 séances, elle cesse. Plus de dysménorrhée ; contrairement à ce qui se passait depuis longtemps, cette malade fut absolument surprise par l'arrivée de l'écoulement menstruel. A l'époque suivante, tout se passa pour le mieux. Plus de douleurs dans la région des ovaires ou des reins ; la malade peut faire de courses à pied, rester longtemps debout. Le traitement a duré 5 semaines ; il y a eu 38 séances. La malade a repris de l'embonpoint; je l'ai revue à plusieurs reprises depuis ce temps ; la guérison s'est maintenue.

OBS. XXVII

Métrite chronique.— Douleur ovarienne violente. — Dysménorrhée. — Massage utérin. — Guérison.

Mme M..., 23 ans, brodeuse, vient réclamer pour la première fais mes soins au mois de février 1877, pour une violente douleur dans les deux aines, plus marquée du côté droit. Deux accouchements ; le dernier, il y a 4 ans ; c'est à celui-ci qu'elle fait remonter l'origine de son mal. Il aurait été assez laborieux, aurait nécessité l'application du forceps et l'introduction de la main dans la cavité utérine pour la délivrance ; malgré tout, il n'y a pas eu d'accidents puerpéraux graves. La malade s'en est rétablie très vite. Elle a commencé à souffrir à l'apparition des premières époques, deux mois après l'accoument. La douleur, le plus souvent sourde, prend de temps en temps un caractère aigu, la région ovarienne est devenue sensible à la pression. Dans l'intervalle des époques, il existe toujours de la douleur ; mais son intensité est sensiblement moindre que pendant les quelques jours correspondant à chaque menstruation. Au même moment, sensation de prurit sur le ventre, mictions fréquentes et accompagnées d'une douleur cuisante. Leucorrhée glaireuse, parfois purulente, déterminant une violente irritation de la vulve et du sillon génito-crural ; douleur fixe en un point de l'hypochondre gauche. Dysménorrhée. Tendance au météorisme, sommeil agité, parfois difficile, peu réparateur. Cette malade, qui possède, malgré tout, une bonne constitution, a conservé de l'embonpoint ; mais les tissus sont flasques, sans résistance. Depuis son dernier accouchement, tous les accidents n'ont fait qu'augmenter : céphalalgie sourde, mais assez vive et

presque continue, affaiblissement plus marqué qu'auparavant. Marche avec peine ; les cahots d'une voiture lui causent des douleurs presque insupportables dans les aînes, de telle sorte qu'elle hésite à sortir. Caractère déprimé ; cette personne fond en larmes à la moindre cause. Pour tout traitement, elle a fait des injections vaginales de décoction d'écorce de chêne ; purgatifs, tisanes de différente nature. Un médecin a électrisé la région ovarienne. Aucun traitement n'a donné la moindre amélioration. Longueur utérine dépassant 7 cent. Sa consistance et la situation de l'organe sont à peu près normales. Il est très mobile : on peut le déplacer dans n'importe quelle direction, par la plus légère impulsion. Rien d'anormal dans la région péri-utérine. Notons qu'à l'époque des règles, au moment où la douleur ovarienne présente son maximum, les explorations de la région par le palper ne provoquent pas d'attaques d'hystérie. L'épaisseur des téguments est telle que, malgré toutes les tentatives, on ne parvient pas à saisir les ovaires.

Sous l'influence du massage, il se produit une amélioration notable des symptômes éprouvés par la malade. C'est la douleur ovarienne qui présente le plus de ténacité et résiste avec le plus d'énergie au traitement. Celui-ci finit par en avoir raison ; mais pour que la malade ait pu constater un mieux sensible dans la région, il a fallu six semaines. On a facilement guéri un peu de catarrhe vaginal survenu pendant la durée du traitement avec un petit tampon d'alun. Après 9 semaines de traitement (42 séances), la malade est presque guérie. La douleur inguinale s'est montrée encore au moment de la dernière période menstruelle ; mais elle ne présente pas une intensité comparable à celle qu'elle présentait auparavant ; les autres phénomènes, également moins prononcés

cés, sont encore menaçants ; je donne à cette personne le conseil de passer quelque temps à la campagne. Elle reste 5 mois chez un de ses parents, dans le Midi. Elle a éprouvé oncore un peu de douleur inguinale lors des premières menstruations qui ont suivi la fin du traitement; mais cette douleur a tout à fait cessé depuis.

Obs. XXVIII

Métrite chronique. — Douleur menstruelle préovarienne. — Douleurs réflexes de différents sièges. — Leucorrhée.

Mme C. E..., 30 ans, a eu dès sa jeunesse, de la leucorrhée et des douleurs sourdes dans les deux aînes au moment des époques. Depuis son mariage, datant de 3 ans, ces accidents ont en partie disparu et la menstruation, jusqu'alors irrégulière, s'est régularisée. Malgré tout, elle eut un avortement dans les premiers mois qui suivirent son mariage. Au bout de quelque temps, nouvelle grossesse terminée de la même manière. A l'époque menstruelle suivante, douleurs inguinales prémonitoires violentes plus accusées à gauche. Ces douleurs persistent pendant toute la durée de l'écoulement sanguin. En même temps la leucorrhée reparaît assez abondante ; le liquide est jaunâtre et provoque un prurit ano-vulvaire que des bains de siège fréquents ne réussissent pas à calmer. Besoins fréquents d'uriner pendant la marche et les promenades en voiture. Ne rend à chaque miction que quelques gouttes d'une urine incolore. Une douleur fixe et persistante en arrière, entre les deux omoplates, lui permet à peine de s'incliner en avant. Dégoût pour toute nourriture substantielle. Dans la digestion, coliques et météorisme. Malgré tout, continue, grâce à une grande énergie morale, à vaquer à ses affai-

res courantes. Les douleurs préovariennes la quittent dans les huit jours qui suivent la terminaison de l'époque menstruelle et reparaissent une semaine plus tard. Elles deviennent violentes dans la marche sur un sol raboteux ou accidenté ; parfois elles arrachent des cris à la malade. Les pressions sur la région ovarienne ne sont pas pénibles ; je ne suis même pas parvenu, après des manipulations répétées, à saisir les ovaires. Pendant les derniers temps, la leucorrhée est devenue moins abondante et de consistance plus visqueuse. Pour tout traitement elle avait fait des injections vaginales d'une solution d'alun ; sur la région inguinale on avait fait des badigeonnages iodés, des applications de vésicatoires morphinés. Tous ces moyens n'ont amené qu'une amélioration peu prononcée et passagère.

Utérus long de 7.5, mobile ; les culs-de-sac sont souples, indolents à la pression.

Massage. A la première époque qui suit le début du traitement, la malade déclare que les accidents sont moins pénibles. La douleur a été loin d'être aussi vive et la malade n'a pas été obligée, comme elle l'avait toujours été jusque là, de garder le lit pendant la durée de la période menstruelle. Cesse le traitement au bout de sept semaines (septembre 1877), dans le cours desquelles on a fait 34 séances de massage. Les paroxysmes inguinaux menstruels n'existent plus ; elle éprouve à ce moment une douleur sourde très supportable. La douleur interscapulaire a également disparu. L'appétit est revenu, la malade présente l'aspect de la santé ; elle peut marcher, faire son travail, vaquer à ses affaires sans souffrir et sans se fatiguer. J'eus de ses nouvelles par sa sœur dans le cours de l'année suivante ; j'appris que non seulement la guérison s'était mainte

nue, mais encore que la malade se trouvait notablement mieux que vers la fin du traitement.

Obs. XXIX

Métrite parenchymateuse. — Ulcération du col. — Leucorrhée. — Constipation opiniâtre. — Massage. — Guérison.

Mme S..., 26 ans, femme de ménage, d'une bonne constitution ; un avortement et deux accouchements qui se sont succédé à peu d'intervalle. Après le dernier, en 1876, leucorrhée laissant sur le linge des taches verdâtres ou jaunâtres. Douleur inguinale sourde avec sensation de constriction hypogastrique. Palpitations à la marche et à la moindre fatigue. Difficulté de monter les escaliers ; éprouve, en outre, différents symptômes, dont le plus accusé et le plus pénible est une constipation opiniâtre : aujourd'hui, elle ne peut aller au cabinet sans lavements, que tous les 5 à 6 jours. Selles dures, défécation difficile, suivie de l'expulsion par l'anus d'une matière glaireuse et purulente. Digestion laborieuse accompagnée de coliques ; amaigrissement, teinte jaune sale de la peau. Le seul traitement suivi jusqu'ici a consisté dans le repos, l'usage d'une ceinture hypogastrique et les injections vaginales d'une décoction d'écorce de chêne.

Lors de mon premier examen local, je trouve que l'utérus, qui occupe sa situation normale, est volumineux (longueur 7.5 à l'hystéromètre) ; l'orifice externe du col, entrouvert, laisse couler un liquide muco-purulent abondant. Sur la lèvre postérieure ulcération profonde, granuleuse, qui pénètre jusque dans la cavité du col.

Massage. Au bout d'un mois, l'amélioration est manifeste ; elle peut aller à la selle tous les 2 ou 3 jours, sans lavements.

La consistance de matières fécales a diminué ; la défécation a lieu sans écoulement de pus ultérieur.

Les autres symptômes se sont également atténués. L'ulcère du col présente un meilleur aspect qu'au début du traitement, mais il persiste. On réussit à le guérir complètement au bout d'un mois avec des cautérisations au nitrate d'argent.

Le traitement a duré 2 mois, 36 séances.

Obs. XXX

Métrite parenchymateuse. — Massage. — Guérison.

Mme R..., 26 ans, couturière, chloro-anémique. Trois accouchements dont le dernier au mois de décembre 1874.

Même avant son mariage, pertes blanches ; celles-ci deviennent plus abondantes à chaque époque menstruelle. Douleurs de reins ; leucorrhée purulente irritante ayant amené un érythème prononcé de la vulve et du voisinage. Etat général peu satisfaisant, devient de jour en jour plus mauvais. Constipation habituelle. Pâle, amaigrie, se plaint surtout d'une douleur violente dans la région coccygienne ; la position assise est très pénible ; ne peut s'appuyer sur une de ses fesses sans éprouver de violentes douleurs. La douleur coccygienne s'irradie aux régions voisines, aux reins, aux aînes, à l'articulation sacro-iliaque. Habituellement sourde et continue, elle prend de temps en temps un caractère aigu, surtout sous l'influence des pressions même légères. Défécation extrêmement pénible, la malade la retarde le plus qu'elle peut. Le contenu de l'intestin ne saurait, du reste, être complètement évacué sans lavements émollients. Tous les calmants qu'elle a employés n'ont eu d'autre résultat que de produire une amélioration passagère.

Cette personne s'est adressée à une sage-femme ; celle-ci, rapportant tout à un abaissement de l'utérus, a appliqué un pessaire ; un médecin, consulté un peu plus tard, porta le diagnostic antéflexion utérine et prescrivit une ceinture hypogastrique et des cautérisations du col au nitrate d'argent.

Aujourd'hui, je constate que l'utérus est volumineux, mobile, mais qu'il ne présente aucun changement de position. Ecoulement séro-purulent, visqueux par le col. Pour examiner l'état du coccyx, j'introduis un des index dans le rectum, la face palmaire tournée du côté de la face antérieure de l'os, en même temps que j'exerce avec le pouce de la même main une pression à l'extérieur sur une surface correspondant à toute l'étendue du coccyx. Impossible de découvrir une luxation ou une lésion osseuse.

Le massage utérin exerce une influence extrêmement favorable sur les phénomènes généraux et même sur la douleur coccygienne. Celle-ci présentait cependant au début du traitement une telle intensité, que j'espérais à peine en avoir raison. Après quelques semaines de traitement il y eut une amélioration notable; la malade fut complètement tranquille plusieurs jours de suite.

A la fin de l'année, au moment où le traitement cessa, elle ne souffrait plus que si elle s'asseyait trop brusquement ou pendant la défécation. Même dans ces conditions, la souffrance éprouvée n'était en aucune manière comparable à ce qu'elle était auparavant.

Le traitement a duré deux mois pendant lesquels il y a eu quarante séances.

Obs. XXXI

Métrite parenchymateuse. — Gastralgie réflexe. — Massage utérin. — Guérison

Mme N..., 27 ans, blanchisseuse, s'adresse à moi pour la première fois au mois de juin 1878, lymphatique chloro-anémique, aurait toujours été souffrante depuis 4 à 5 ans. Les accidents qui l'ont surtout tourmentée sont des troubles gastriques et différents phénomènes qu'on peut rattacher aux organes génitaux internes. Traitée par un spécialiste qui avait rapporté tout à l'utérus, cette personne éprouva une amélioration manifeste à la suite de son intervention. Les douleurs des reins très vives, les mictions fréquentes jusqu'alors, la leucorrhée très abondante antérieurement, tout cela diminue dans des proportions notables; au contraire, les accidents gastriques restèrent ce qu'ils avaient été. Le traitement a consisté en cautérisations intra-utérines à l'acide chromique et en applications de l'électricité continuées pendant 4 mois. Elle a pris à l'intérieur, du fer, des antispasmodiques, bromure de potassium, valériane, etc.

L'appétit a toujours été bon.

Les attaques de gastralgie sont relativement fréquentes, en faisant appel à ses souvenirs, la malade finit par dire qu'elle en a eu d'analogues dans sa jeunesse; elles étaient beaucoup plus légères, et ne duraient pas plus de 2 ou 3 minutes. Elle s'est mariée, il y a quelques mois, et depuis son mariage, les crises prennent le caractère violent qu'elles présentent maintenant, sous l'influence d'une cause accidentelle légère, d'une simple contrariété, parfois, sans cause appréciable, les accès apparaissent; alors il semble à la malade

qu'on lui serre l'estomac dans un étau. Elle pousse des cris, se comprime l'épigastre avec les mains, ou le presse violemment sur le premier objet résistant qui se trouve à sa portée ; ce procédé la soulage toujours. L'attaque dure 8 à 10 minutes, lorsqu'elle est terminée, il ne reste rien d'anormal. Depuis quelques mois, elle a jusqu'à 2 ou 3 crises par jour, ces crises sont toujours diurnes ; presque pas de leucorrhée ; à l'examen local on constate simplement une rétroflexion. Utérus un peu volumineux, col virginal. Le massage est facile, grâce à la flaccidité des parois abdominales. Après 2 mois et 1/2 de traitement on a obtenu une amélioration sensible, les crises sont moins fréquentes et moins pénibles ; l'état local est excellent. J'ai eu des nouvelles de cette personne à la fin de 1879 ; il y avait 4 mois qu'elle n'avait eu de crises.

Obs. XXXII

Métrite parenchymateuse. — Douleurs de différents sièges. — Massage. — Guérison

Mme D..., 27 ans, marchande de vin. Grossesse après quelques mois de mariage, au mois de septembre 1874, avortement au 3e mois. Depuis lors, n'a cessé d'éprouver de violentes douleurs entre les épaules, plus tard s'y sont ajoutées des douleurs inguinales plus prononcées du côté gauche. Au moment des règles, pesanteur hypogastrique empêchant la malade de marcher et presque de se tenir debout ; leucorrhée, devient enceinte et sa grossesse se termine par un accouchement normal, au mois de juillet 1876. Aucun des symptômes antérieurs n'a diminué, au contraire ; de plus, un autre, plus inquiétant qu'eux tous est venu s'y ajouter. C'est une douleur violente

dans la région de l'épigastre « si vive, dit-elle, qu'il lui semble qu'on lui arrache l'estomac. » Elle est obligée pour calmer cette douleur de se jeter par terre et de se comprimer énergiquement l'épigastre avec les deux mains; pendant toute la durée de la crise, elle pousse des cris déchirants; au bout de 10 à 15 minutes; la tourmente passe, sans laisser d'autres traces qu'une certaine fatigue. Depuis quelques mois, les attaques sont devenues extrêmement fréquentes; il y en a trois à quatre dans la journée, et de temps à autre, la malade est réveillée la nuit par une attaque de même nature mais un peu moins intense que le jour. Digestion satisfaisante, météorisme. Etat général satisfaisant. Les médecins consultés par cette personne ont porté différents diagnostics; l'un a parlé d'accès de coliques hépatiques; un autre, d'une affection intra-thoracique dont il n'a pas précisé la nature; un troisième de gastrite chronique.

Par l'exploration des organes génitaux, je trouve qu'il n'existe pas de déviation utérine. Utérus complètement mobile; longueur 7 cent. Je commence aussitôt le massage (août 1879). Après un traitement de 4 semaines, les crises sont déjà moins violentes, elles ne durent plus aussi longtemps qu'auparavant. Après 7 semaines de traitement les accès douloureux n'avaient pas reparu, plus de phénomènes d'aucune sorte du côté de l'utérus.

J'ai revu cette malade au mois de décembre de la même année, la guérison s'était maintenue.

Obs. XXXIII

Métrite parenchymateuse. — Leucorrhée muco-purulente. — Migraines violentes, aux époques menstruelles. — Massage. — Guérison.

Madame B., 27 ans, a été traitée par moi, pendant un premier séjour à Ragatz, en 1886. Cette personne a deux enfants, dont le dernier est aujourd'hui âgé de 3 ans. A la suite de son deuxième accouchement, elle a eu des accidents puerpéraux graves, suivis d'une longue convalescence. Déjà souffrante, à la suite de son premier accouchement, elle le devient beaucoup plus après le second, les douleurs sont même devenues telles, qu'elle a cessé de vaquer à ses occupations, d'autant mieux que son métier l'oblige à rester debout la plus grande partie de journées. Cette personne a été successivement traitée par une sage-femme, et plusieurs médecins ; tampons vaginaux d'alun, cautérisation du col, ceinture hypogastrique, pessaire de Hodge. Ce dernier seulement a amené quelque soulagement. Cette personne est faible, anémique, son visage présente une coloration terreuse, écoulement muco-purulent continu ; rougeur et prurit vulvaires. Menstruation irrégulière, les règles manquent quelquefois pendant 2 périodes consécutives; elles sont immédiatement précédées de douleurs sourdes dans l'aîne, celle-ci cessent aussitôt après que l'écoulement du sang a eu lieu. Cette malade a également souffert d'envies fréquentes d'uriner. Appétit satisfaisant, mais les digestions sont laborieuses. Ballonnement du ventre, pendant les 2 à 3 heures qui suivent le repas. Caractère habituellement triste, tendance aux syncopes; ce qui la tourmente le plus, c'est une migraine, ayant son siège du côté gauche, elle coïncide avec l'apparition des règles ; accès de migraine classique, qui ne se termine qu'après des

vomissements répétés et oblige la malade à garder pendant 2 jours le repos absolu. Différents traitements ont été essayés. Aconitine, pilules de caféine et d'éther ; aucune de ces médications n'a produit de soulagement notable et permanent.

A l'exploration locale, on reconnaît que l'utérus est molasse, dans le cul-de-sac gauche se trouve une bride résistante, douloureuse seulement aux pressions énergiques. Malgré cela l'utérus est très mobile, la bride empêche simplement le déplacement du côté droit. Celui-ci ne présente ni excoriations ni ulcérations. Par son orifice externe entr'ouvert, on peut introduire la pulpe de l'index dans le canal, sur une certaine longueur. Par le massage il est facile de saisir le corps de l'utérus par l'extérieur à cause de la faible épaisseur et de la flaccidité des parois de l'abdomen. Menstruation, après 3 semaines de traitement.

Les accidents notés précédemment ont été notablement plus légers qu'à la dernière époque. La malade déclare qu'ils n'ont jamais été aussi tolérables, depuis leur première apparition. Les phénomènes prémonitoires habituels ont complètement manqué. Quant aux crises migraineuses, elles présentent un caractère moins violent qu'autrefois. A la fin du traitement la leucorrhée a complètement cessé, la malade est alerte et ne se fatigue pas comme auparavant. La digestion se fait bien, le ballonnement du ventre a diminué, l'embonpoint et les forces augmentent, l'utérus a repris une consistance satisfaisante. Le traitement a duré pendant 2 mois, durant lesquels on a fait 36 séances de massage. J'ai vu cette personne, à la fin de l'année, les accès ne sont pas revenus, l'état général est toujours satisfaisant.

Obs. XXXIV (*Asp.*)

Métrite parenchymateuse. — Accès menstruels hystériformes. — Massage utérin. — Guérison.

Mme N.., 28 ans, de constitution assez faible, cette personne qui a eu déjà plusieurs enfants souffre, depuis quelques années d'une métrite avec prolapsus et accidents nerveux assez graves. Chaque époque menstruelle est accompagnée de phénomènes convulsifs violents qui le sont devenus plus encore dans ces dernières années, de telle sorte qu'ils reviennent souvent, même pendant l'intervalle menstruel, surtout à la suite d'émotions morales vives, mais souvent aussi sans causes occasionelles connues. Cette malade a été longtemps traitée par un spécialiste, pour son affection utérine, elle déclare — et la chose est évidente — que le traitement n'a eu aucun résultat. Elle vient à l'Institut, au commencement de l'automne de l'année 1875. Bientôt après l'emploi de la gymnastique les crampes cessèrent, le traitement dura 4 mois. Les accidents ne se produisirent qu'une fois, à la suite d'une émotion morale vive déterminée par la nouvelle de la mort imprévue d'un parent. Après la fin du traitement l'utérus avait repris son état normal. L'année suivante elle revint à l'Institut pour commencer un traitement général hygiénique et gymnastique. Elle était tout à fait bien, et n'avait pas eu de nouveaux accès. La consistance, la forme, la situation de l'utérus semblaient absolument normales.

Obs. XXXIV

Métrite parenchymateuse: — Accidents nerveux divers. — Dyspareunie — Hémiparaplégie incomplète du côté gauche. — Massage utérin. — Guérison.

Mme D..., 34 ans, femme d'un musicien de la garde républi-

caine, vient à la clinique au mois de juin 1877, en s'appuyant sur son mari. Elle présente une telle faiblesse de la jambe gauche qu'elle ne peut marcher sans appui. Cet accident remonterait à quatre ans, la malade le rattache à son unique accouchement qui a eu lieu vers cette époque. Il fut accompagné d'une hémorragie abondante et suivi d'un écoulement sanguin qui dura un mois environ. Ces accidents amenèrent un affaiblissement extrême de telle sorte que la malade ne put quitter le lit qu'au bout de deux mois et demi. Quand on lui demande si elle a ressenti quelque chose du côté gauche du bas-ventre, elle répond par la négative. En même temps, elle éprouve une violente douleur de reins, accompagnée d'une sensation hypogastrique et d'une leucorrhée parfois sanglante. Au début des accidents elle n'éprouvait qu'un peu de faiblesse de la jambe, accusée surtout à l'époque des règles ; peu à peu celle-ci a augmenté et est arrivée au degré qu'elle présente actuellement et qui persiste sans modifications appréciables, depuis 3 mois. La sensibilité est intacte, elle paraît plutôt augmentée que diminuée. Rien du côté des membres inférieurs ; menstruation irrégulière. Dyspareunie. Douleurs irrégulières de caractère névralgique, en différents points du corps, nervosisme. Sensation de boule à la moindre contrariété. Attaques hystériformes. Le médecin qui traité la malade au début, a prescrit le repos absolu, lui a fait prendre des purgatifs tous les jours pendant la dernière semaine, et tous les deux jours, pendant la quinzaine suivante. Contre la leucorrhée, il a prescrit des injections vaginales de tannin, A la suite de ce traitement, l'écoulement s'arrêta presque, mais les autres accidents parurent s'aggraver au lieu de s'atténuer. Un autre médecin qui la traita, depuis le mois de janvier 1876, cautérisa une ulcération du col utérin et prescrivit l'hydrothérapie.

Depuis quelques mois, courants continus. Ce mode de traitement n'a produit, malgré tout qu'une amélioration passagère. La faiblesse de la jambe a persisté aussi prononcée qu'avant le traitement. Au moment où je vois cette malade, je trouve l'utérus agrandi dans sa situation normale, mais mobile, pas de douleurs dans les culs-de-sac, col lisse ; son orifice entr'ouvert laisse écouler un liquide visqueux et peu abondant.

Massage utérin. Après six semaines de ce traitement, il y a encore un peu de faiblesse du membre ; mais elle peut marcher seule, des heures entières et venir à la clinique. Les autres phénomènes ont en grande partie disparu. Il ne reste plus qu'un peu d'excitation nerveuse calmée, au bout de quelque temps, après un séjour à la campagne.

CHAPITRE VII

Dysménorrhée dans la métrite parenchymateuse.

TABLEAUX RÉSUMANT LES OBSERVATIONS. — DOULEURS ET TROUBLES CONCOMITANTS DANS LES MÉTRITES SIMPLES ET LES MÉTRITES COMPLIQUÉES DE DÉPLACEMENTS OU DE FLEXIONS. — CONCLUSIONS STATISTIQUES.

Les nécessités de l'exposition nous ayant obligé de placer en différents chapitres des observations dans lesquelles les phénomènes cliniques étaient sensiblement les mêmes, nous allons donner ici des tableaux les résumant, de manière à ce qu'on puisse saisir d'un coup d'œil les caractères de la dysménorrhée et ses conséquences.

La statistique indiquée est intéressante pour l'étiologie et le traitement. Souvent on est loin de supposer que des accidents sans relations apparentes avec les organes génitaux internes, peuvent avoir pour ori-

gine une phlegmasie chronique de l'un deux. On a décrit des hémicrânies menstruelles; il faudrait y ajouter des gastralgies, des névralgies intercostales capables de faire songer à l'angine de la poitrine. (Palpitations, douleur précordiale, dyspnée) etc.

TABLEAU I.

DYSMÉNORRHÉE ET PHÉNOMÈNES CONCOMITANTS DANS LES CAS DE MÉTRITE PARENCHYMATEUSE

AGE et antécédents de la MALADE	NATURE ET SIÈGE des DOULEURS	ACCIDENTS CONCOMITANTS	ÉTAT DE L'UTÉRUS	NUMÉRO de l'Observation
Avortement	Douleurs lombo-inguinales.		Atrésie cicatricielle du col. Longueur 7 c. 5.	1
28 ans 4 accouchts	Douleur lombaire et hypogastrique.	Envies fréquentes d'uriner. Palpitations.	Déchirure non cicatrisée et ulcération du col. Longueur 8 cent.	2
34 ans 1 accoucht	Douleur lombaire et hypogastrique avec sensations douloureuses ano-vaginales.	Palpitations. Dyspnée. Névralgies de siége variable. Insomnies.	Longueur 7 cent. 5. Mobilité extrême. Déplacements fréquents, tantôt antéversion, tantôt rétroversion.	3
24 ans Avortement	Douleur inguinale.	Stérilité.	Excoriation du col.	4
26 ans 1 accoucht	Douleur lombaire.	Palpitations. Dyspnée. Faiblesse des jambes. Congestion menstruelle douloureuse du sein gauche. Stérilité.		5
32 ans Avortement	Douleurs lombaires et interscapulaires.	Diarrhée profuse depuis 3 ans, maximum aux époques menstruelles.	Antéflexion. Excoriation du col.	6

1 avortement				
26 ans Avortement	Douleur lombo-inguinale et hypogastrique.	Nausées et vomissements. Diarrhée menstruelle. Mictions fréquentes.	Antéflexion. Long. 7 cent.	8
34 ans Avortement	Douleur hypogastrique avec irradiations anales.	Dyspareunie. Constipation opiniâtre.	Antéflexion. Mobilité extrême en tous sens. Ulcération du col.	9
28 ans 2 accouch[ts] 2 avortements	Douleurs coccygiennes violentes dans la station assise.	Névralgie intercostale gauche. Palpitations. Migraines avec accès dans l'intervalle des époques et plus violents au moment des règles. Attaques de nerfs.	Antéflexion. Mobilité en tous sens. Long. 7 c. 5.	11
32 ans 1 accouch[t]	Douleurs lombaires	Envies fréquentes d'uriner. Stérilité.	Antéflexion. Mobilité anormale.	12
37 ans 3 avortements	Douleurs lombaires abdominales et hypogastriques.	Céphalalgie. Envies fréquentes d'uriner. Nervosisme. Affaiblissement général.	Antéflexion et abaissement	13
29 ans 1 accouch[t] 1 avortement	Douleur inguinale.	Parésie de la jambe gauche. Migraines. Affaiblissement général.	Rétroflexion.	14
27 ans 1 accouch[t]	Douleurs hypogastriques.	Envies fréquentes d'uriner. Dyspareunie.	Rétroflexion. Utérus fixé par des adhérences solides. Excoriation du col.	15
40 ans Avortement	Douleur lombaire.	Crampes d'estomac. Amaigrissement extrême. Stérilité.	Rétroflexion. Long. 8 c. 5.	16

AGE et antécédents de la MALADE	NATURE ET SIÈGE des DOULEURS	ACCIDENTS CONCOMITANTS	ÉTAT DE L'UTÉRUS	NUMÉRO de l'Observation
34 ans 1 accoucht	Douleurs dans la région du sacrum.	Dyspepsie. Nervosisme. Stérilité.	Rétroflexion. Immobilité apparente dans le petit bassin.	17
23 ans 1 accoucht	Douleurs hypogastriques.	Constipation habituelle. Stérilité.	Rétroflexion. Mobilité en tous sens. Excoriation de la lèvre postérieure.	18
32 ans 1 avortement	Douleur hypogastrique, pesanteur anale.	Stérilité.	Rétroflexion. Mobilité extrême. Longueur 7 c. 5.	19
25 ans 1 avortement	Douleurs lombo-inguinales.	Nervosisme.	Rétroflexion avec inclinaison à droite. Excoriation du col.	20
30 ans plusieurs accouchts	Douleur lombaire légère.	Envies fréquentes d'uriner. Dysurie.	Antéversion.	21
38 ans 1 accoucht	Douleurs lombaires avec irradiations ano-crurales.	Dyspareunie. Névralgie occipito-pariétale. Gastralgie. Nervosisme. Accès de suffocation.	Antéversion. Mobilité en tous sens.	22
28 ans	Douleurs lombo-abdominales.	Crampes d'estomac.	Rétroversion. Inclinaison à droite. Mobilité en tous sens.	23
28 ans plusieurs accouchts	Douleurs lombo-inguinales.	Névralgie intercostale.	Abaissement léger.	24

23 ans 2 accouchts	Douleurs inguinales.	Douleur ovarienne fixe. Nervosisme.	Longueur, plus de 7 cent. Très mobile.	27
30 ans 2 avortements	Douleurs inguinales.	Douleurs préovariennes.	Longueur 7 c. 5	28
26 ans 2 accouchts 1 avortement	Douleur inguino-hypogastrique.	Constipation. Palpitations et dysurie. Amaigrissement.	Longueur 7 c. 5. Ulcération granuleuse sur la lèvre postérieure du col.	29
26 ans 3 accouchts	Douleurs lombaires.	Coccygodynie. Constipation.		30
27 ans	Douleurs lombaires.	Gastralgie.	Rétroflexion.	31
27 ans 1 avortement 1 accoucht	Douleur inguinale et hypogastrique.	Gastralgies avec attaques journalières très violentes.	Longueur 7 cent.	32
27 ans 2 accouchts	Douleurs inguinales.	Envies fréquentes d'uriner. Migraine menstruelle du côté gauche.	Bride dans le cul-de-sac gauche. Longueur 7 c. 5.	33
28 ans		Accidents convulsifs généraux.		34
34 ans 1 accoucht	Douleur lombaire.	Dyspareunie. Parésie de la jambe gauche. Névralgies de siège variable. Attaques hystériformes.		35

TABLEAU II

CARACTÈRES DE LA DYSMÉNORRHÉE SUIVANT QUE LA MÉTRITE EST SIMPLE OU COMPLIQUÉE

MÉTRITE PARENCHYMATEUSE SEULE	MÉTRITE PARENCHYMATEUSE AVEC :	
Douleur inguinale avec stérilité acquise.	Atrésie cicatricielle du col	Douleurs lombo-inguinales.
— lombaire avec palpitations. Dyspnée. Mastodynie menstruelle unilatérale. Stérilité.	Déchirure non cicatrisée du col.	Douleur lombaire et hypogastrique avec envies fréquentes d'uriner. Palpitations.
— inguinale et hypogastrique avec gastralgie.	Bride dans le cul-de-sac gauche.	Douleurs inguinales avec envies fréquentes d'uriner. Migraines.
— lombaire. Dyspareunie. Névralgie de siège variable. Parésie de la jambe gauche. Attaques convulsives.	Antéflexion	Douleurs lombaires avec stérilité.
— lombaire. Douleur précordiale. Utérus douloureux au toucher.	Antéflexion et prolapsus	Douleurs lombaires avec nervosisme. Envies fréquentes d'uriner.
— inguinale avec douleur ovarienne.	Antéflexion	Douleur lombaire avec notalgie. Diarrhée réflexe.
— inguino-hypogastrique avec constipation. Dyspnée. Amaigrissement extrême.	Antéflexion et prolapsus	Douleurs lombaires avec irradiations vulvo-périnéales. Mictions fréquentes.
— lombaire avec coccygodynie.	Antéflexion	Douleurs lombo-inguinales avec dyspepsie et diarrhée menstruelle.
— lombaire et hypogastrique avec paresthésie ano-vaginale. Dyspnée. Palpitations. Nervosisme.	—	Douleur hypogastrique avec irradiations anales. Dyspareunie et constipation réflexe.
	—	Douleurs coccygiennes violentes, surtout dans la station assise avec palpitations. Névralgie intercostale gauche. Migraines. Attaques

	Rétroflexion	Douleur inguinale. Parésie de la jambe gauche. Migraines.
	Utérus fixé par des adhérences.	Douleur inguinale avec dyspareunie. Envies fréquentes.
	Rétroflexion	Douleur lombaire. Stérilité. Amaigrissement extrême.
	—	Douleurs dans la station assise avec dyspepsie. Nervosisme. Stérilité.
	—	Douleurs hypogastriques avec constipation. Stérilité.
	—	Douleurs lombaires légères avec gastralgie.
	—	Douleur hypogastrique.
	—	Douleurs lombo-inguinales avec nervosisme.
	Antéversion	Douleurs lombaires avec envies fréquentes d'uriner et dysurie.
	—	Douleurs lombaires avec irradiations ano-crurales Dyspareunie. Névralgie occipito-pariétale. Accès de dyspnée. Nervosisme.
	Rétroversion avec inclinaison à droite.	Douleurs lombo-abdominales avec crampes d'estomac.
	Prolapsus.	Douleurs lombo-inguinales.

Des tableaux statistiques qui nous ont fourni des renseignements sur les origines ; des détails donnés sur les grossesses antérieures, il résulte que :

8	femmes avaient eu un	accouchement	normal.
3	— 2	—	—
5	— plus de 2	—	—
9	— 1	avortement.	
5	— 1	ou plusieurs accouchements à à terme et 1 ou plusieurs avortements.	

Dans 30 cas, les malades avaient de la dysménorrhée dans l'intervalle des époques ; les douleurs siégeaient dans les régions lombaires, hypogastriques, inguinales ; elles étaient exagérées par les mouvements, par certaines positions ; à la période menstruelle, elles devenaient paroxystiques ; les malades étaient obligées de garder le lit 24 à 48 heures de suite. Dans l'observation 33, on ne dit rien de l'état de la malade dans l'intervalle des époques, ni des caractères de la dysménorrhée ; on sait seulement que les règles étaient accompagnées d'attaques hystériformes.

Dans un cas, il n'existait aucune douleur menstruelle ; la malade s'était soumise au traitement, à cause de la stérilité ; 8 fois, il n'existait en dehors de la métrite parenchymateuse à phénomènes classiques (changements de volume et de consistance, exagéra-

tion de la mobilité, leucorrhée) aucun accident sérieux; pas de lésions, de déplacements, ni de déviations; malgré tout, les douleurs lombaires ou hypogastriques furent presque toujours accompagnées de phénomènes de différents sièges. Ainsi, dans l'observation 34, il y avait, outre de la dyspareunie, une parésie de la jambe gauche, des névralgies, des attaques hystériformes.

Les accidents constatés en même temps que la métrite, ont été :

L'atrésie cicatricielle du col; sa déchirure; la présence des brides dans les culs de sacs; des flexions et des versions; 22 fois, ces complications existaient. Leur fréquence s'explique: dans presque tous les cas la métrite remontait à plusieurs années. Les altérations de tissu et les retentissements dont nous avons parlé, tout cela charge le tableau. La meilleure notion qu'on puisse avoir sur leur origine, a été fournie par le traitement; la plupart d'entre eux ont disparu; tout n'est pas fini, lorsque l'état de l'utérus est satisfaisant, il existe une solidarité absolue entre les différentes parties de l'organisme; la douleur, le nervosisme, le mauvais état de la nutrition, retentissent sur l'affection utérine et la rendent plus rebelle et plus grave. A son tour, celle-ci provoque et entretient les phénomènes généraux; encore un cercle vicieux. Il faut traiter l'utérus par un moyen actif et sûr; si on

réussit à le guérir, tout disparaîtra. J'ai vu souvent des femmes plusieurs mois après le traitement ; elles étaient à peine reconnaissables, les accidents nerveux avaient disparu comme le reste.

CHAPITRE VIII

Endométrite fongueuse hémorrhagique

COUP D'ŒIL SUR L'HISTOIRE DE CETTE MALADIE. — SES LÉSIONS. — SES SYMPTÔMES — INDICATIONS ET RÉSULTATS DU MASSAGE.

Nous allons donner des faits se rattachant à une affection étudiée seulement depuis Récamier : l'endométrite fongeuse hémorragique. Son aspect clinique est si caractéristique qu'il serait difficile de ne pas lui accorder un chapitre.

Dans les observations précédentes, tout partait des éléments musculaires. Le catarrhe était une suite de la congestion veneuse ; les flexions résultaient d'une diminution du tonus et de la dégénérescence des plans musculaires ; les augmentations de volume, d'exsudations ; les indurations d'hyperplasie conjonctive ; les déplacements du relâchement des ligaments.

Désormais l'attention sera fixée sur la muqueuse,

le catarrhe est insignifiant, mais il y a des ménorrhagies et des métrorrhagies si fréquentes, que certaines femmes ne reconnaissent même plus le moment des règles, l'amaigrissement et les troubles sensitifs, en sont la conséquence. On cherche l'origine : on ne trouve ni polype, ni cancer, ni altération, ni cardiopathie, ni dyscrasie. L'exsudation a lieu à la surface de la muqueuse altérée, l'exploration à la curette révèle la présence de fongosités. On a donc le droit, en tenant compte du siège, du principal caractère anatomique et du symptôme prédominant, d'appeler la maladie endométrite fongeuse hémorragique.

On la décrit aujourd'hui, sous ce nom, dans la plupart des traités. Il n'y a pas longtemps qu'elle est généralement admise, et qu'on est d'accord sur les indications fondamentales du traitement. « Il y a 40 à 50 ans, disait M. Olshausen en 1875, les Français connaissaient la maladie, ils en avaient donné de bonnes descriptions et déterminé ses caractères anatomiques. Dès ce moment, certaines personnes, la niaient et repoussaient avec horreur le traitement préconisé par Récamier ; il paraît qu'elle a été oubliée et qu'elle n'est presque plus connue aujourd'hui en France ; en Angleterre et en Allemagne, on n'a jamais attaché aux données des auteurs français l'importance qu'elles méritent. »

Ces études, d'il y a un demi-siècle, les discusions auxquelles elles donnèrent lieu, représentent un des épisodes les plus mouvementés de la carrière scientifique de Récamier. Ce fut lui, qui commença à traiter l'endométrite fongeuse, d'une manière rationnelle, sans en connaître la vraie nature, sans y attacher beaucoup d'importance. Jamais médecin ne se préoccupa moins que lui, des indications anatomo-pathologiques. Récamier, avait le sens pratique, la rapidité du coup d'œil et une confiance souvent justifiée dans la sûreté de ses intuitions ; il n'a pas inventé le spéculum mais il a plus fait que personne pour le vulgariser.

Dès 1843, cet auteur parlait de fongosités du museau de tanche, dans une communication faite à l'Académie, au mois de février. Trois ans plus tard, il proposa, dans un journal, l'abrasion de la muqueuse utérine [1] dégénérée ; l'idée parut si extraordinaire que le rédacteur en chef dégagea sa responsabilité par une note ajoutée à l'article de Récamier. On avait lancé deux mots, dont le rapprochement fit vite naître une idée : fongosités et abrasion. Cette opération fut faite plusieurs fois par Récamier et par d'autres. Robert publia bientôt la description de fongosités enlevées par la curette, et les précautions à prendre pour l'enlèvement [2].

1. *Annales de thérapeutique*, août 1846.
2. *Bulletin thérapeutique*, t. XXI., p. 344.

Le premier travail un peu complet sur la question, fut un mémoire de Récamier (1850)[1]. Il y avait de la confusion et de l'incertitude sur la nature de la maladie ; l'entité nosographique se dégageait péniblement. Paul Dubois ne voulait point entendre parler de grattage ; il n'admettait pas même le cathétérisme de l'utérus. Nélaton adopta les idées de Récamier, popularisa sa méthode, montra ce qu'elle avait de bon et donna une description vraiment scientifique de la métrite fougueuse. Le savant professeur avait le tort de trop se fier à l'enseignement oral, de rarement donner une formule définitive à ses idées lorsqu'elles avaient été comprises par son auditoire. Pour fixer la part de Nélaton, il faut de longues recherches à travers les thèses et les recueils périodiques. Un élève adopte la doctrine de son maître, l'expose, la défend dans une bonne dissertation inaugurale ; les nécessités de la pratique l'empêcheront désormais d'écrire ; une ou deux générations d'étudiants liront son travail, puis on l'oubliera. En 1858 un élève de Nélaton, le Dr Rouyer réunissait avec peine ce qu'il avait dit sur les fongosités utérines. Il avait publié des observations, dans le cours de 1853 [2] et de 1856 [3] dans la *Gazettte des Hôpitaux*; des travaux plus importants

1. Mémoires sur les productions fibreuses et fongueuses intra-utérines, *Union médicale*, 1850, 1er, 4, 6 et 8 juin.

2. p. 71 et 375

3. p. 66 et 82.

avaient paru dans des feuilles moins connues et qui n'ont eu qu'une courte existence : M. Hédouin, par exemple, avait résumé dans l'*Union médicale de la Gironde*[1], les leçons de Nélaton, M. Rouyer lui-même avait donné dans l'ancien *Progrès*, une observation recueillie dans son service.[2] Comme je n'ai pas l'intention de faire un historique complet de la maladie, je me bornerai à citer deux ou trois thèses, celle de M. Ferrier, sur la structure des fongosités[3], qui devint l'objet d'une intéressante discussion à la Société de chirurgie dans la séance du 24 janvier 1855[4] ; celle de M. Rouyer la meilleure peut-être qu'on ait faite sur le sujet[5] ; celle de M. Edmond Rousseau résumant l'état de la question en 1864[6].

A ce moment, l'endométrite hémorragique était à peu près admise. « Elle est constituée disait M. Rousseau, par une altération de l'utérus caractérisée par la présence dans sa cavité des productions granuleuses donnant lieu à des hémorragies et qu'on pouvait détruire par une opération chirurgicale. » Aran, Becquerel, Scanzoni, Lebert, la

1. Nos de juin et juillet 1858,
2. 23 avril 1858, t. I, p. 460.
3. 20 mai 1853.
4. Voir aussi *Gazette des Hôpitaux* 1855, p. 60.
5. *Etude clinique sur les fongosités de la muqueuse utérine et de leur traitement par l'abrasion et la cautérisation.* 26 août 1858.
6. *Des pertes dans leur rapport avec l'état fongueux de la cavité utérine.* 18 avril 1866.

niaient, mais Nélaton, Maisonneuve, Robert y croyaient. Trousseau indiqua ce qu'il y avait d'outré d'un côté et de l'autre. « Si Récamier, disait-il, a eu le tort d'exagérer peut-être un peu tout ce qui est relatif à cette maladie, d'autres médecins fort recommandables du reste ont eu le travers de le nier d'une façon trop exclusive. »

Deux faits étaient acquis : des hémorragies rebelles se produisent chez certaines personnes et avec la curette, on enlève des fragments fongueux de la muqueuse utérine. Ceux qui doutaient de la maladie déclaraient que c'était là une disposition rare et insignifiante. Il fallut pourtant bien reconnaître qu'elle n'était pas normale. La description macroscopique apportée par M. Richet à la discussion de la Société de chirurgie, basée sur de nombreux examens cadavériques, ne lassait subsister aucune obscurité ; les fongosités ont l'aspect de saillies libres et flottantes dans la cavité; de longueur variable, les plus petites dépassent à peine le niveau de la muqueuse. D'autres ont de 8 à 10 millimètres et ressemblent aux papilles fongiformes de la langue ; elles sont serrées et dressées les unes contre les autres ; en posant le doigt à la surface de la muqueuse, on peut les coucher. Très vasculaires, elles se gorgent de sang lorsqu'on presse la paroi utérine et prennent une belle couleur groseille. Des lésions analogues avaient été décrites même avant qu'on par-

lât de fongosités et qu'on songeât à les traiter. Ainsi, dans le cours de l'année 1838, une femme de 25 ans succombe, dans le service de Lisfranc, à la suite d'une hémorragie incoercible. Forget trouve à l'autopsie quinze à vingt fongus développés sur la zone supérieure de l'utérus et qu'il appelle polypes cellulo-vasculaires.

Les micrographes intervinrent, on espérait qu'ils trancheraient la question : il n'en fut rien ; Robin croyait que les fongosités étaient formées de tissu cellulaire en petite quantité et d'éléments fibro-plastiques plus abondants que dans le tissu de la muqueuse pris à l'état normal. « Quelques-unes, parmi les plus petites, disait-il, sont tapissées d'une couche d'épithélium semblable à celui de l'utérus. La plupart sont, en outre, parcourues par un assez grand nombre de vaisseaux capillaires[1] ».

Lebert déclara que les prétendues végétations enlevées à la curette n'étaient que des fragments de la muqueuse ramollie et désagrégée, renfermant des glandes normales sur lesquelles il est impossible de se méprendre quand on les a examinées au microscope[2]. Les auteurs allemands n'ont guère apporté plus d'unani-

1. Mémoire pour servir à l'histoire anatomique et physiologique de la membrane muqueuse utérine. *Archives générales de médecine*, 1848, 1re série, t. XVII, p. 412.

2. In thèse de Juteau : *De l'hémorragie utérine essentielle*. Paris, 5 août 1850.

mité dans leurs descriptions; d'après Olshausen, la maladie s'étend d'habitude à toute la muqueuse ; elle présente une ressemblance impossible à méconnaître avec d'autres formes polypoïdes. La seule différence tient à ce que les polypes sont constitués par des dilatations glandulaires, tandis qu'on n'en trouve pas dans la maladie en question. Plus tard, Virchow considéra comme une variété de sarcome cette hyperplasie généralisée. Au mois de mars 1877, Ahlfeld montre, à une séance de la Société obstétricale de Dresde, une préparation dans laquelle la muqueuse utérine présentait de petites excroissances ; il appela cette affection, qu'il avait eu 8 fois l'occasion d'observer : *Endométrite déciduale tubéreuse et polypeuse.* D'après lui, c'était une cause fréquente d'avortement. Il s'agissait probablement de la maladie fongueuse de Récamier et de Nélaton. Selon M. Bischoff, l'endométrite catarrhale de longue durée produit des inégalités de la surface de la muqueuse ; elles tiennent en partie à des œdèmes partiels, en partie à la présence de petits extravasats sanguins, à la dégénérescence kystique de quelques glandes ; ces inégalités deviennent plus marquées lorsque l'épithélium se détache et qu'il est remplacé par un tissu glanduleux. On se trouve alors en présence d'une certaine catégorie de fongosités constituées par des tuméfactions catarrhales, avec granulation consécutive de la muqueuse ; l'épithélium a dis-

paru, les tissus sous-jacents sont normaux, sauf les glandes, qui ont un peu augmenté de volume; souvent on trouve de la fibrine, de jeunes cellules de tissu conjonctif, des vaisseaux de nouvelle formation minces et tortueux. Ces excroissances forment dans la cavité des espèces de saillies; il n'existe entre elles et les polypes que des différences de quantité des éléments. Tout dépend d'endométrites partielles, de la formation de granulations à la surface[1].

Les recherches anatomiques sont conformes aux données de la clinique : il s'agit d'un processus inflammatoire présentant son maximum d'intensité au niveau de la muqueuse, se comportant à son égard comme la métrite chronique vis-à-vis du parenchyme utérin, procédant par soubresauts. La maladie détermine, outre une infiltration régulière de la couche profonde, des troubles nutritifs, des chutes épithéliales; la réparation n'est pas complète : il reste à la surface des granulations vasculaires qui saignent avec facilité; voilà l'endométrite fongueuse au point de vue anatomique.

Il est impossible de l'isoler complètement de la métrite parenchymateuse. La musculature n'est jamais intacte dans ces transformations. Déjà Ferrier et Goldschmidt[2] avaient constaté le fait, à

1. *Die sogenannte Endometritis fungosa.* Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1878, nº 16, p. 484

2. *Thèse de Strasbourg*, 1859.

plusieurs reprises : dans des autopsies, l'utérus était augmenté de volume ; il existait souvent des ulcérations superficielles du col ; la cavité du corps était agrandie et le tissu propre du corps ramolli.

« On rencontre aussi fréquemment, dit M. Rousseau, des flexions ou des déviations de l'utérus. » Cela revient à dire que l'endométrite vasculaire peut produire toutes les lésions de la métrite parenchymateuse et aboutir aux mêmes conséquences qu'elle ; c'est affaire de temps.

Dès le début, les hémorragies sont le phénomène capital ; plus tard, elles donneront la véritable note clinique, comme dans le premier cas, l'augmentation de volume, les changements de consistance et la leucorrhée l'avaient donnée. L'hypérémie et l'altération de la muqueuse dominent tout ; à la rigueur, l'utérus peut conserver à peu près son volume et sa forme ; cette intégrité apparente du parenchyme ne préjuge rien sur la durée et la gravité du cas . c'est au principal symptôme objectif, à l'hémorragie, qu'il faut s'attacher.

Elle est profuse : tantôt c'est à l'époque des règles qu'on la voit ; celles-ci sont plus longues que d'habitude, les quantités de sang perdues sont plus considérables ; ces ménorragies sont suffisantes pour affaiblir les malades à l'extrême, mais il est rare

qu'elles soient isolées; dans la plupart des cas, il y a entre les époques des métrorrhagies profuses. Une personne traitée par différents moyens, avait pu se croire guérie; la perte reparut à la suite d'une émotion morale. Depuis lors, elle se produisit après le plus léger effort; dans l'intervalle, il existait un écoulement séro-sanguinolent et de la leucorrhée, cet accident est rare.

Ces pertes répétées aboutissent aux conséquences qu'on peut attendre : les malades deviennent incapables de faire un mouvement; certaines sont pâles, bouffies, se trouvent mal au moindre effort. Dans un cas, il existait un véritable contraste entre l'affection locale et l'affection générale, c'était chez la personne de l'observation 36. Les métrorrhagies apparurent à la suite d'un avortement au troisième mois. Pendant six mois, elles furent si opiniâtres que cette pauvre femme dut garder le lit. Quand elles devinrent moins fréquentes, la faiblesse était extrême, elle avait des syncopes à chaque instant; elle dut, malgré tout, renoncer à sortir, parce qu'elle tombait dans la rue. On combattit cette anémie par une médication reconstituante; elle alla demeurer à la campagne, les pertes diminuèrent et l'état général devint meilleur. A son retour, elle reprend son travail, les métrorrhagies reparaissent; malgré tout, l'embonpoint et les forces sont peu intéressés, la santé reste bonne.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la douleur. Olshausen croit qu'elle n'est due qu'à l'expulsion du sang accumulé dans la cavité utérine. « Parmi mes malades, dit-il, quelques-unes se plaignent de très légères douleurs dans la région du sacrum ou dans l'abdomen; je n'en ai rencontré qu'une qui souffrît beaucoup de ce côté [1].

Rousseau, au contraire, affirme qu'une violente douleur accompagne constamment les hémorrhagies. Celle que l'on observe le plus fréquemment siège dans la région sacrée : elle est sourde, gravative, cloue les malades sur leur chaise et leur fait appréhender le moindre déplacement. On la retrouve dans la région lombaire, dans les aines, avec retentissement dans le haut des cuisses. Les douleurs sont, en raison directe de l'abondance et de la fréquence des hémorragies, une exacerbation dans ces douleurs annonce souvent le moment d'une perte. »

Si je m'en rapporte à ce que j'ai vu, je n'admettrai complètement ni les idées d'Olshausen ni celles de Rousseau. Le symptôme douleur n'est pas si rare que l'a dit le premier; il est moins effrayant que ne le croit le second. Les dissentiments me semblent tenir à

1. *Ueber chronische, hyperplasirende Endometritis des Corpus uteri (Endometritis fungosa)*. Archiv. für Gynäkologie, 1875, 8 *Bd.*, 1 *Hft.*, *p.* 97.

des différences d'interprétation. Olshausen attribue à l'anémie les troubles de la sensibilité; les auteurs français pensent, comme Rousseau, qu'ils tiennent à l'état local.

Dans cinq de nos observations, la douleur siégeait tantôt dans la région lombo-sacrée, tantôt à l'aîne ou à l'hypogastre: elle présentait des exacerbations au moment des règles, et prenait le caractère dysménorrhéique.

Nos observations confirment ce que nous avons dit sur les déviations: 6 fois, on en a constaté dans un cas lorsqu'il y avait un léger degré de rétroversion; 8 fois, le curetage de l'utérus fut fait et montra la présence de fongosités.

Le complexus vient tout entier de deux phénomènes, pathognomoniques lorsqu'ils sont réunis : les métrorrhagies, les fongosités, dont on peut constater la présence immédiatement, lorsque le col est entrouvert ou après une dilatation préalable avec une tige de laminaria.

Reste l'étiologie : les auteurs sont d'accord sur un point : la grossesse, l'accouchement sont les seules causes dont l'action soit bien prouvée. Parmi nos malades, nous relevons :

Une grossesse terminée par un accouchement à terme;

Deux grossesses, dont une terminée par un ac-

couchement et une autre par un avortement (chez deux femmes);

Trois grossesses, dont deux terminées par un accouchement à terme, tandis que l'intermédiaire finit par un avortement.

Trois grossesses terminées par des accouchements à terme.

Quatre grossesses, dont la troisième finit par un avortement.

Une grossesse terminée par un avortement (chez deux femmes).

On pourrait dire de ces causes que ce sont celles de toutes les métrites; il est plus difficile d'expliquer la tendance à la localisation et à la dégénérescence fongueuse. On a parlé de chloro-anémie : c'est un effet. Est-on en présence d'anomalies circulatoires congénitales, d'altérations fonctionnelles anciennes, de susceptibilités diathésiques ? Nous ne saurions le dire.

Nos observations prouvent que la thérapeutique qui a réussi pour le parenchyme, réussit pour la muqueuse. Avec le massage on a raison des ménorrhagies; on rétablit la régularité circulatoire et l'équilibre nutritif. Peu importe si les flexions persistent; les époques se passent sans accidents; il n'y a plus de métrorrhagies, les forces et l'appétit augmentent, les phénomènes secondaires s'atténuent; ces résultats ne sont pas mauvais. Qu'on dise, si l'on veut, que le

massage est un palliatif, l'amélioration qu'il produit est telle que presque toujours les malades s'en contentent. Si son emploi devait se généraliser, les discussions relatives aux cautérisations et au grattage seraient définitivement clauses.

Lorsqu'il n'existe ni changements de forme, ni changements de situation, on approche bien près de la *restitutio ad integrum.* L'organe reprend sa consistance : plus de mollesse, les foyers indurés disparaissent. J'ai vu parfois, chez des multipares, l'utérus présenter des caractères tels, qu'au toucher seul, on eût pu croire qu'il s'agissait d'un utérus virginal.

Obs. XXXVI.

Endométrite fongueuse. — Antéflexion. — Massage. — Guérison.

Au mois d'avril 1878, vient à la clinique du docteur Paquelin une femme de 32 ans, se plaignant de métrorrhagies abondantes. Les premières seraient survenues, il y a quatre ans et quelques mois, à la suite d'un accouchement. Celui-ci avait cependant été normal et n'avait pas nécessité l'application du forceps. Depuis ce moment, la durée de la période menstruelle a augmenté. Vers la fin de 1877, à la suite du repos et d'un séjour de quelques mois à la campagne, amélioration. Les intervalles des métrorrhagies proprement dites sont marqués par un écoulement séro-sanguinolent. Céphalée habituelle. Inappétence, ne va à la selle qu'à l'aide de lavements.

Anémie, faiblesse générale. Traitée sans résultat par presque tous les hémostatiques connus. L'utérus un peu agrandi et en état d'antéflexion, est mobile en tous sens. La surface est lisse, sans inégalités. L'introduction de l'hystéromètre provoque l'issue d'un flot de sang mélangé à des caillots de mauvaise odeur. Impossibilité de découvrir quelque tumeur comme cause d'hémorragie.

La curette ne ramène cependant pas les végétations caractéristiques. Du reste, la malade se trouve dans un tel état d'excitation nerveuse, qu'il est presque impossible de prolonger l'exploration pour arriver à un diagnostic précis.

Quinze jours plus tard, j'explore de nouveau la cavité avec la curette de Sims. En appuyant sur le fond de l'utérus, à travers les parois de l'abdomen devenues flasques et en portant l'instrument vers la partie postérieure, je parvins à ramener une petite quantité de végétations bien connues; rien dans le reste de l'organe.

Quelques jours plus tard, je commençai le massage, rendu facile par la flaccidité des parois de l'abdomen et l'énergie de la malade, qui voulait à tout prix être débarrassée de ses métrorrhagies. Après un mois de traitement, amélioration déjà sensible, peut passer quelques heures debout, s'occuper de son ménage. Se figurant qu'elle était assez forte pour sortir et faire une promenade à pied, elle eut une métrorrhagie profuse en descendant une pente rapide. Cette imprudence retarda la guérison, qui ne fut définitive qu'au mois de juillet. J'ai revu cette personne à la fin de l'année, la guérison s'était maintenue.

Obs. XXXVII.

Endométrite fongueuse. — Dysménorrhée. — Douleurs inguinales. — Anémie extrême. — Disparition de ces accidents sous l'influence du traitement général. — Persistance des métrorrhagies. — Rétroflexion utérine. — Massage. — Guérison.

Mme G., 31 ans, confectionneuse, se présente, au mois de juillet 1877, à la clinique de Paquelin. Mariée, mère d'une petite fille de 3 ans.

Cette personne est un exemple frappant de ce fait que, malgré des métrorrhagies répétées et même abondantes, l'état général peut rester satisfaisant, tant que les fonctions digestives s'exécutent bien et que la réparation est suffisante.

Quelques mois après son accouchement, nouvelle grossesse, terminée par un avortement au second mois. Il y eut une métrorrhagie abondante que le médecin, alors appelé, put diminuer, sans l'enrayer. Pendant six mois, la malade a dû garder le lit, perdant du sang en quantité plus ou moins grande. Glace, tamponnements avec de l'alun, perchlorure de fer ; impossible d'arrêter complètement l'hémorragie. Ecoulement séro-sanguinolent continu. Lorsque, au bout d'un certain temps, la malade crut remarquer un peu d'amélioration dans son état, elle voulut se lever et de sortir. L'anémie et la faiblesse étaient si prononcées, qu'elle avait des syncopes et tombait à chaque fois dans la rue. Douleur lancinante dans les deux aînes. Nerveuse, excitable, irascible, palpitations et suffocation à la moindre émotion un peu vive.

Quand, à la suite d'une médication reconstituante et d'un séjour à la campagne, elle se remet un peu, l'amélioration ne

dure que peu de temps, aussitôt après le retour à Paris, elle est dans le même état qu'auparavant. Elle a passé d'un hôpital à un autre, sans qu'on ait réussi à obtenir autre chose qu'un soulagement temporaire.

La première fois que je vois cette malade, je suis frappé de l'état satisfaisant de la santé générale : elle est pâle, mais elle a de l'embonpoint et ne paraît pas trop souffrir. Cependant les métrorrhagies sont abondantes pendant la marche comme pendant le repos ; elle fait tout son possible pour vaquer tant bien que mal à ses affaires. Utérus un peu ramolli et en rétroflexion, complètement mobile, de 8 centimètres de longueur. Culs-de-sac souples. En pressant fortement dans celui de gauche, on éprouve la sensation d'une tuméfaction, diffuse, douloureuse, placée très haut et correspondant à un point où la malade a toujours accusé une assez vive douleur. Le col est volumineux ; de son orifice externe entrouvert, sort, lorsqu'on élève l'utérus et qu'on le comprime entre les deux mains, en même temps, une grande quantité de sang, un peu pâle, mélangé de petits caillots. L'exploration manuelle de la surface extérieure de l'utérus combinée avec l'examen de la surface interne, au moyen de l'hystéromètre, ne permet pas de découvrir les tumeurs fibreuses qu'on supposait exister. La curette put être introduite sans difficulté, par suite de l'ouverture permanente de l'orifice cervical. Après l'avoir promenée de différents côtés, je pus obtenir une petite quantité de substance fongueuse, dont la présence est pathognomonique. Massage, assez difficile à cause de la situation de l'utérus et de la sensibilité des téguments du ventre. Au début, chaque séance est accompagnée d'une métrorrhagie abondante avec caillots. Après six semaines de traitement, amélioration déjà sensible ; métrorrhagies moins abon-

dantes ; les forces commencent à revenir. Peut marcher plus facilement. Le traitement est suivi d'une façon tout à fait irrégulière ; la malade fait quelquefois des absences de 14 jours à 3 semaines. L'amélioration n'est pas non plus régulièrement progressive ; de temps en temps, elle a des pertes, mais elles sont moindres qu'auparavant. A un certain moment, elle put se croire complètement guérie ; et considéra la dernière métrorrhagie comme l'écoulement régulier et normal de la période menstruelle.

Pendant les six mois qui suivirent tout allait bien ; je la revis après cette période, elle était toujours un peu pâle, bien qu'elle eût continué à prendre des fortifiants. Elle n'aurait eu aucune métrorrhagie depuis la fin du traitement. Depuis 4 mois, les règles sont revenues à leurs époques régulières, seulement les deux dernières ont un peu retardé ; la malade s'est crue enceinte. Je fus appelé un peu plus tard, à la suite d'un avortement. Elle l'attribue à ce qu'elle a piqué à la machine plns longtemps que d'habitude. Cet accident n'eut aucune suite fâcheuse ; la malade se remit très vite et n'eut plus de métrorrhagies. En 1879, grossesse terminée par un accouchement normal. Malgré cela, elle ne se remit que d'une manière incomplète ; elle accusait toujours de la gêne dans le bas-ventre et de la difficulté pour marcher. Je constate alors une involution incomplète de l'utérus, dont un massage durant 14 jours, suffit pour avoir raison. Au bout d'un an, la guérison s'était maintenue.

Obs. XXXVIII

Endométrite fongueuse. — Curage de l'utérus et injections de perchlorure de fer sans succès. — Massage. — Guérison.

Mme N..., 29 ans, ouvrière lingère. Il y a trois ans, grossesse

terminée par un accouchement régulier. L'année précédente, nouvelle grossesse terminée par une fausse couche. Métrorrhagie profuse qui a tellement affaibli la malade qu'elle est obligée de garder le lit pendant 2 mois. Trois mois plus tard, les règles sont revenues accompagnées de douleurs dans les aînes, et de douleurs plus faibles dans les reins.

Depuis ce moment, la quantité de sang perdue a augmenté, de telle sorte que la malade est toujours obligée de garder après chaque époque quelques jours de repos absolu.

Les règles se prolongent, et il y a souvent des métrorrhagies dans leur intervalle. Un médecin appelé à ce moment prescrit des injections vaginales d'eau glacée et le repos absolu. Cette modification n'exerça aucune influence sur les pertes. Un autre médecin fait le curage de l'utérus et combat l'hémorragie consécutive par des injections de perchlorure de fer, au bout de quelques semaines, amélioration ; sous l'influence d'une émotion morale vive, nouvelle métrorrhagie.

Je vois pour la première fois cette personne au commencement de l'année 1878. A ce moment, elle est dans un état d'anémie prononcé. Le visage est bouffi, d'une pâleur cireuse; se plaint de violentes douleurs de tête, de bourdonnements d'oreille, le moindre mouvement suffit pour provoquer une hémorrhagie. L'examen soigneux des organes génitaux ne permet cependant de rien découvrir qui explique la gravité de ces symptômes. Le massage fut facile, à cause de la maigreur de la malade et de la flaccidité des tissus. Dans les premiers temps, on n'obtint aucun résultat; malgré tout, le traitement fut continué pendant cinq semaines sans autre interruption que celle qui correspondait aux règles. Tout-à-coup il se fit une amélioration très nette.

Entre les époques, il n'y eut plus d'hémorrhagies, mais un suintement de sérosité roussâtre. Des autres accidents, il ne reste plus à la fin du mois de février 1878, qu'une douleur dans le côté gauche, un peu plus plus prononcée à l'époque des règles. J'ai revu cette personne 6 mois plus tard, le mieux s'était maintenu. J'ai reçu une seconde fois de ses nouvelles, dans le cours de l'année 1879 ; elle n'avait pas eu de nouveaux accidents.

Obs. XXXIX

Endométrite fongueuse. — Curage de l'utérus, sans succès. — Rétroflexion utérine. — Massage. — Guérison.

Mme C..., 28 ans, boulangère. Réglée pour la première fois à 16 ans. Au printemps de l'année 1875, avortement suivi bientôt d'un autre. Depuis lors, sensation pénible de pesanteur sur le périnée rendant la marche difficile. A, de temps en temps, dit-elle, un peu mal aux reins. Depuis quelque temps les règles sont plus abondantes qu'elles ne l'étaient. Au mois de juillet de l'année dernière 1876 pendant qu'elle lavait du linge, hémorragie violente et persistante qui nécessita un tamponnement vaginal ; prend ensuite une préparation de poudre de seigle ergoté et d'acétate de plomb.

Compresses d'eau froide sur le bas ventre ; injections vaginales d'une décoction d'écorce de chêne, et lorsque ces injections n'ont pas d'effet, on a recours à une solution de perchlorure de fer. Ces moyens n'ont qu'un résultat purement palliatif. L'année suivante, curage de l'utérus ; cautérisation a l'acide chromique. L'opération fut peu douloureuse, et ne remédia à rien. Les pertes furent sensiblement diminuées jusqu'à la fin de mars ; à ce moment, elles reparurent, sans cause connue, avec leur intensité antérieure. Nouveau curage, au

mois d'avril, suivi de douleurs et de sensibilité dans le côté gauche du ventre, ce qui obligea la malade à garder le lit pendant trois semaines. Pendant ce temps, les pertes étaient presque insignifiantes ; elles continuèrent à l'être jusqu'à la fin de mai, et, sous l'influence d'une vive émotion, elles reparurent presque aussi fortes qu'auparavant. Je vis la malade, à la fin du mois d'août 1877 ; à ce moment, elle présentait un assez triste aspect : métrorrhagies profuses, continuelles, anémie extrême. Les injections n'ont produit qu'une hémostasie temporaire. L'utérus est volumineux, un peu sensible au toucher, mobile ; sa surface externe ne paraît pas présenter d'inégalités. Les culs-de-sac sont libres, sauf en arrière et à gauche, aux points d'insertion de la paroi vaginale. A ce niveau, foyer d'induration du volume d'une noisette, très peu sensible à la pression. L'hystéromètre entre sans difficulté dans la cavité utérine, qui mesure plus de 8 centimètres. Le diagnostic endométrite hémorragique ayant été porté par deux spécialistes distingués, il me parut inutile d'avoir recours à la curette pour le confirmer. Après 8 jours de repos, massage utérin, difficile, par suite de la rétroflexion. Les résultats obtenus pendant les premières semaines furent insignifiants ; plus tard, amélioration.

A la fin du mois de noyembre, après 11 semaines de traitement, les métrorrhagies avaient complètement cessé. Diminution notable du volume de l'utérus ; plus ferme qu'au début du traitement ; sous l'influence d'une médication tonique et reconstituante, les forces reviennent, et, au bout de 5 mois, elles sont aussi satisfaisantes que possible. La guérison s'est maintenue.

Obs. XL

Endométrite fongueuse. — Massage. — Guérison.

Mme D..., 35 ans, 5 avortements non suivis d'accidents. Se plaint depuis des années de douleurs sacro-lombaires exagérées à chaque époque menstruelle. Outre cela, névralgie intercostale du côté gauche avec palpitations. A l'automne de l'année 1873, 4 mois après un accouchement, les ménorrhagies commencent; les règles sont plus abondantes et durent plus longtemps qu'auparavant. Peu à peu les pertes deviennent continuelles, ce sont souvent de véritables métrorrhagies, parfois un simple suintement sanguin ; elles sont augmentées par les moindres mouvements.

Je vois cette personne pour la première fois, le 11 novembre 1877. A ce moment, elle est dans un état déplorable. Chaque tentative qu'elle fait pour se mettre sur son séant provoque une syncope. Anémie extrême ; téguments pâles, presque exsangues. Les fonctions digestives s'exécutent mal ; ne peut plus prendre qu'un peu de viande crue, du lait et du vin ; tous les autres aliments sont trop irritants pour l'estomac. Utérus placé un peu haut ; en arrière ; sa consistance est normale ; sa surface externe paraît égale au toucher. La pression sur le fond est douloureuse. Col volumineux comme le reste. Rien d'anormal par le cathétérisme. Avec la curette, on ramène les petites masses caractéristiques de l'endométrite fongueuse. Les hémostatiques de différente nature employés jusque-là n'ont absolument rien produit.

Massage. Au bout de 15 jours, la sensibilité de l'utérus était moindre et la malade supportait déjà beaucoup mieux le traitement. Quelques jours plus tard, les métrorrhagies avaient diminué. Cette amélioration datait d'une quinzaine de jours

lorsqu'elle voulut se lever et marcher, malgré ma défense ; cette imprudence provoqua une métrorrhagie qui mit tout dans le même état qu'avant le traitement. Il fallut six semaines pour obtenir une nouvelle amélioration appréciable. Au commencement de février, j'abandonnai le traitement, considérant la malade comme guérie.

L'utérus a presque son volume normal, la position est également normale. L'amélioration continua jusqu'au mois de novembre 1878. A ce moment, je fus appelé de nouveau pour lui donner des soins. La menstruation avait toujours été régulière depuis la fin du traitement; mais, depuis la dernière période datant de 15 jours, la pauvre femme était constamment dans le sang. Trois semaines de massage furent suffisants pour avoir raison de tout. Au mois de novembre 1880, j'ai eu de ses nouvelles; l'amélioration s'était maintenue et elle n'avait pas eu de nouveaux accidents.

Obs. XLI

Endométrite fongueuse. — Curage. — Cautérisations à l'acide chromique sans résultat. — Massage. — Guérison.

Mme L..., 33 ans, d'une constitution très faible. Réglée pour la première fois, à l'âge de 14 ans. Chaque période dure 7 jours. Trois grossesses terminées par des accouchements réguliers dont le dernier a eu lieu en 1872, et s'est compliqué d'une violente douleur dans la région inguinale gauche. Sensibilité extrême de la région ; est obligée de garder le lit pendant trois semaines. Première menstruation 2 mois après cet accouchement. Dure le même temps que les précédentes ; quantité de sang normale. Quatre mois plus tard (la malade

est sûre de cette date) les règles prennent un tout autre caractère. Rien d'anormal pendant les menstruations suivantes: Pas de catarrhe utérin. A la même époque, envies fréquentes d'uriner, palpitations, cardialgie, et autres accidents nerveux.

En juin 1873, pendant le cours d'une époque, ménorrhagie. Jusqu'en 1879, métrorrhagies abondantes. Depuis pertes presque continuelles. Injections sous-cutanées d'ergotine sans résultat; applications directes d'acide chromique sur la muqueuse utérine. On aurait introduit la curette après dilatation préalable du col à l'aide d'une tige de laminaire. Chaque séance fut très douloureuse, et on réussit à enlever une masse rouge, molasse. Cautérisations avec l'acide chromique, toutes les 6 semaines, renouvelées pendant plusieurs mois et suivies d'une douleur extrêmement vive. Amélioration assez prononcée, après chaque cautérisation, pour que la malade se croie guérie. En général, les hémorrhagies reparaissaient 4 mois après la dernière séance, elles avaient le même caractère qu'auparavant. Depuis cinq mois, perte continue, la malade ne peut plus quitter le lit. elle est anémiée à l'extrême; c'est à peine si elle peut changer de place; chaque tentative de mouvement est suivie d'une hémorrhagie profuse et de l'expulsion souvent douloureuse de caillots d'un sang qui devient de plus en plus clair. Épuisement extrême. Utérus sensiblement agrandi (à l'hystéromètre, 8 cent.); un peu incliné à droite. Induration prononcée. La présence d'une petite bride que l'on peut reconnaître au toucher dans le cul-de-sac latéral gauche, ne paraît pas entraver sa mobilité. La sonde se meut librement dans sa cavité, qui est large, et dont les parois sont égales à leur surface. La curette ne ramène rien. Malgré tout, je continue de

croire à l'existence de fongosités difficilement accessibles, sur la face interne du corps ; je leur attribue les métrorrhagies rebelles. Après avoir laissé reposer la malade pendant une quinzaine de jours, je repris, au bout de ce temps, mes recherches ; elles ne furent plus infructueuses ; en dirigeant la curette vers les orifices des trompes, je réussis à amener une quantité suffisante de matières caractéristiques de l'endométrite fongueuse. Le massage, très difficile à cause du volume considérable de l'utérus, peut cependant être mené à bien, grâce à l'énergie et à la bonne volonté de la malade. L'amélioration était très sensible au bout de deux mois, lorsqu'elle fut prise d'une bronchite aiguë qui nous força d'interrompre le traitement pendant trois semaines. Cette personne resta couchée et perdit très peu dans cet intervalle. Après la guérison de la bronchite, je recommence le massage; la menstruation reprend peu à peu son cours régulier. Elle ne se plaint plus que d'un peu de faiblesse, mais peut, malgré tout, vaquer aux soins du ménage. Je l'ai revue au mois de décembre 1877, elle est complètement guérie.

Obs. XLII

Endométrite fongueuse. — Injections de perchlorure de fer. — Insuccès. — Rétroflexion. — Massage. — Guérison.

Mme M..., 34 ans, très robuste, mais d'un caractère impressionnable, se plaint d'avoir éprouvé, à différentes époques, des phénomènes nerveux mal caractérisés. Les règles, revenant à intervalles réguliers, duraient 4 jours. En deux ans, trois grossesses terminées par des avortements dans le cours du 3e mois. Chacun de ces accidents a été accompagné de métrorrhagies abondantes, qui ont produit un long affaiblissement

Le dernier avortement surtout (janvier 1876), a provoqué une hémorragie inquiétante, à la suite de laquelle la malade a dû garder le lit plus d'un mois. Depuis lors, les règles ont été plus prolongées; elles ne cessent même pas complètement; dans l'intervalle, il y a un écoulement séro-sanguinolent continu. Selon ses propres expressions, la malade était constamment dans le sang. C'est à peine si elle pouvait même distinguer la période menstruelle. Depuis quelques mois, elle garde le lit; chaque tentative qu'elle fait pour se lever est suivie de syncope et de vomissements. Malgré tout, l'état général n'a pas souffert d'une manière inquiétante. L'appétit est bon, la malade conserve un certain embonpoint. On a employé la plupart des astringents connus. On a même fait des applications intra-utérines de perchlorure de fer, après dilatation préalable du col avec l'éponge préparée. Ce traitement fut suivi d'une amélioration passagère. Les premières règles furent un peu moins abondantes que les précédentes. Lorsque je vis pour la première fois cette personne, au mois de mars 1877, elle était très faible et d'une pâleur cireuse, perdait une grande quantité de sang mêlé de caillots; ceux-ci, lorsqu'ils avaient séjourné un certain temps dans la cavité utérine, présentaient une odeur extrêmement fétide. Symptômes classiques des métrites de cette forme; la plus pénible est une douleur aiguë presque continue dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher, utérus très mobile en rétroflexion, volumineux; sa consistance semble plutôt augmentée que diminuée. La surface extérieure est complètement unie; l'orifice cervical externe est très ouvert. Rien d'anormal dans la fosse iliaque. En promenant la curette dans la cavité du corps, on a la sensation d'une surface molle, peu résistante, sensation marquée surtout vers le fond; on ramène une petite masse fongueuse.

Léger écoulement sanguin à la suite. Je craignis un instant de ne pouvoir appliquer le massage dans des conditions assez satisfaisantes pour obtenir un résultat, et cela par suite de l'épaisseur de la paroi abdominale et de la déviation utérine. En effet, pendant les trois premières semaines du traitement, je n'obtins absolument rien. Les métrorrhagies étaient si abondantes, que, pour faire le massage, j'étais obligé de donner, au préalable, une injection très chaude. Je réussissais toujours par ce moyen à arrêter momentanément le sang. Au bout de ce temps, l'état de la malade commença à s'améliorer à vue d'œil, et, vers le milieu de juin, c'est-à-dire après 10 semaines de traitement, je pus lui permettre de se lever et de faire quelques pas. Elle n'eut qu'une perte sans importance. Depuis lors, menstruations régulières; six mois après la fin du traitement ; état général excellent, la malade ne se plaint plus de rien. Au toucher, l'utérus semblait moins dur et moins volumineux qu'avant le traitement. La rétroflexion n'est pas modifiée.

Au mois de décembre 1877, je suis rappelé près de cette personne. La dernière époque menstruelle a duré 2 ou 3 jours de plus que la précédente. Au moment où je la vois, elle a une hémorragie pas très adondante, mais qui dure depuis 12 jours. J'emploie exactement le même procédé que dans le premier cas (injection chaude), et l'hémorragie s'arrête au bout de 3 jours. Persuadé que je me trouve en face d'une récidive, j'ai, de nouveau, recours aux manipulations. Les métrorrhagies cessèrent. A leur première apparition, les règles furent normales. Continuation du traitement pendant 14 jours. J'ai revu cette malade au commencement de 1880 : elle n'avait pas eu de nouvelles pertes.

Obs. XLIII

Endométrite fongueuse. — Massage. — Guérison.

Mme R..., 35 ans, femme de chambre, réglée pour la première fois à 14 ans; de constitution assez délicate ; 4 grossesses, dont 3 ont suivi régulièrement leur cours, et ont abouti à des acccuchements normaux. Le dernier, assez laborieux, a été terminé au forceps et accompagné d'une hémorragie abondante. Pas d'autres accidents à la suite. Première apparition des règles 3 semaines après cet accouchement. Rien d'anormal pendant leur durée ; elles se prolongèrent pourtant un peu plus que d'habitude, et, immédiatement après, la malade sentit des douleurs de reins assez vives, accompagnées d'une sensation de pression dans le bas-ventre. Dans les menstruations suivantes, l'hémorragie fut profuse. Chacune d'elles était suivie d'un affaiblissement allant jusqu'à la prostration ; pendant les intervalles, elle avait un écoulement séro-purulent.

Je vois pour la première fois cette personne le 5 février 1877. Il y avait 18 mois que s'étaient produits les accidents dont elle se plaignait. Elle gardait le lit depuis 2 mois, et perdait souvent une grande quantité de sang renfermant des caillots, surtout quand elle essayait de se lever et de marcher. Outre les douleurs de reins, elle se plaignait de céphalalgies et d'une constipation opiniâtre. A pris du seigle ergoté sans résultat; les injections sous-cutanées d'ergotine n'ont pas mieux réussi ; avec les toniques (fer, quinquina, etc.), les injections d'eau glacée, l'application de compresses d'eau glacée sur le ventre, le tamponnement, l'eau de mélisse à l'intérieur ; on obtenait des arrêts momentanés des métrorrhagies ; mais, au bout de quelques semaines, elles reparaissaient plus fortes qu'auparavant.

L'exploration des organes génitaux montre que l'utérus est dans sa situation normale. Le col est un peu mou, son orifice est entouré d'une excoriation circulaire. Il est dilaté, on peut introduire l'extrémité de l'index, qui pénètre jusqu'à l'orifie interne. Après l'avoir dilaté avec une tige de laminaire, je puis pénétrer avec le doigt dans la cavité du corps, qu'il est assez difficile d'explorer en tous sens. La muqueuse présente la sensation du velours. Avec la curette, on peut retirer une demi-cuillerée à café de tissu mollasse, dont la présence est pathognomonique. Cette exploration provoque un écoulement séro-sanguinolent, qui persiste quelques jours et disparaît par le repos.

Massage. Après 4 semaines, amélioration marquée. Métrorrhagie moins abondante; sang de meilleur aspect; douleur de reins moins pénible. Cette malade fit une imprudence : j'avais prescrit le repos au lit, avec défense absolue de marcher; elle descendit et alla voir une voisine, dans la maison d'en face. Elle eut pendant cette promenade une métrorrhagie abondante et dut rentrer plus tôt qu'elle n'en avait l'intention. Malgré cet épisode, le massage fut repris après un intervalle de de quelques jours et continué à peu près sans interruption pendant six semaines. A la fin d'avril, la guérison était assez avancée pour que cette personne pût reprendre ses occupations. Les règles sont régulières; la quantité de sang est normale ; les deux premières périodes furent seules un peu prolongées; le sang a repris sa coloration normale, les pertes blanches on cessé; n'a plus de maux de reins ; l'état général est satisfaisant. Diminution très appréciable du volume de l'utérus ; l'excoriation indiquée est elle-même guérie. Je l'ai revue au mois de décembre : la guérison s'est maintenue.

Obs. XLIV

Endométrite fongueuse. — Dysménorrhée. — Massage de l'utérus. — Guérison.

Mme C..., 26 ans, bonnetière. Bien réglée d'habitude. Les règles, abondantes dès leur apparition, sont bientôt devenues profuses. Au mois de juin 1876, avortement au 3e mois, métrorrhagie abondante. Dans ces derniers temps, écoulement sanguin modéré mais continu, se prolongeant pendant toute la durée de la période menstruelle. Sur le conseil d'une sage-femme, seigle ergoté à l'intérieur, injections vaginales de tannin et d'eau glacée alternativement. Amélioration de courte durée. Je vois pour la première fois cette malade au commencement du mois de février 1877; elle est très anémiée. Les métrorrhagies se sont accompagnées dans ces derniers temps, de douleurs tellement violentes, qu'elle était constamment obligée de garder le lit; malgré tout, elle n'a pas sensiblement maigri: cela tient probablement à ce que l'appétit s'est conservé et que les fonctions digestives s'exécutent bien. A l'exploration des organes génitaux internes, on reconnaît que l'utérus est arrondi, globuleux; il ne présente ni proéminences ni indurations à l'extérieur et à l'intérieur; légère rétroversion; consistance un peu plus molle qu'à l'état normal. L'extrémité de l'index n'arrive que dans le voisinage de l'orifice interne. On introduit sans difficulté la curette de Sims et on peut la faire mouvoir en tous sens dans la cavité. En la poussant vers le fond, et après avoir raclé légèrement, on apporte une certaine quantité de tissu mollasse, caractéristique de certaines endométrites chroniques.

Le massage nous paraît indiqué; son exécution est difficile,

à cause de l'embonpoint de la malade; la paroi abdominale, malgré sa flaccidité, présente une épaisseur qui rend difficilement accessible le fond de l'utérus de ce côté. Malgré tout, après trois semaines de traitement, une amélioration marquée s'est produite. La quantité de sang perdue aux règles est moindre qu'aux dernières. Dans l'intervalle, les écoulements deviennent de moins en moins abondants et l'utérus diminue de volume. Guérison complète au bout de 3 mois de traitement. La dernière menstruation a été normale.

Le massage présente sur tous les moyens employés un grand avantage : il laisse la muqueuse intacte. On ne peut en dire autant de l'abrasion et des cautérisations; de plus on n'arrive pas à un résultat complet par le grattage.

La maladie n'atteint pas d'emblée toute la muqueuse. Nous fûmes quelquefois obligé de faire plusieurs tentatives pour tomber avec la curette sur les fongosités. Cette délimitation étroite n'empêchait pas la malade d'avoir des métrorrhagies inquiétantes. En admettant que l'enlèvement des franges exubérantes soit un bon moyen, il est difficile à appliquer dans une cavité qu'on ne saurait éclairer. On ne saurait admettre qu'il repousse à la place des portions enlevées, des fragments d'une membrane saine avec son épithélium, ses vaisseaux, ses glandes; la cicatrisation a lieu comme partout, par du tissu inodulaire. Il faut procéder avec une prudence extrême en opérant, car,

à la longue, ce traitement aboutirait à la dégénérescence scléreuse.

Les accidents à longue échéance ne sont pas les seuls : Récamier produisit deux ou trois fois dans sa carrière des perforations utérines, les malades guérirent, mais c'est une éventualité sur laquelle il ne serait pas toujours prudent de compter. En 1855, Ad. Richard rapportait à la Société de chirurgie un fait capable de donner à réfléchir : il assistait à la visite d'un chirurgien des hôpitaux ; celui-ci était revenu le soir pour faire l'abrasion des fongosités intra-utérines, parce que le matin il n'avait pas d'instruments. La curette fut introduite avec douceur ; tout à coup, au lieu de constater la résistance qu'éprouve une tige métallique emprisonnée dans une cavité ; le chirurgien sentit sa curette presque mobile et comprit ce qui venait d'arriver. « Mettez la main sur l'hypogastre, dit-il à son confrère. » Celui-ci reconnut, à travers les téguments très amincis, le bec de la curette, qui avait percé le fond de l'utérus. L'opérée en fut quitte pour quelques douleurs de reins, et, au bout de quarante-huit heures, il n'y paraissait plus. On ne saurait dire qu'une méthode exposant à de pareils dégâts, même lorsqu'on prend des précautions, soit inoffensive. Les mêmes reproches peuvent être faits aux cautérisations : seules, elles sont infidèles ; l'épaisse couche granuleuse qui recouvre

la muqueuse est un tapis protecteur soustrayant les parties dont la vitalité est encore énergique au contact des liquides modificateurs. Ceux-ci font presque rien sur un tissu imparfait, qui devient caduc et se renouvelle avec une facilité extrême, sans jamais s'organiser. Si l'on veut obtenir quelque chose des injections intra-utérines, il faut gratter d'abord, c'est-à-dire braver les dangers que nous avons signalés.

Il suffirait que le massage donnât quelquefois des résultats pour qu'on fût autorisé à l'essayer.

Il agit ici, comme dans tous les autres cas de même ordre : en régularisant la circulation, en arrêtant les poussées congestives, en favorisant la régression graisseuse des granulations, en augmentant le tonus musculaire. Nos observations prouvent qu'il guérit même les cas rebelles. Il n'est point insuffisant comme les injections caustiques, ni dangereux comme peut l'être le curage.

En 1858, Rouyer déclarait, en manière de conclusion, dans la thèse que nous avons citée, que l'abrasion et la cautérisation sont le seul traitement efficace à opposer aux fongosités. On n'oserait plus l'affirmer. Olshausen, qui défendait la même méthode, était déjà moins hardi. « Pour ce qui est du traitement, je prie mes confrères de ne pas rejeter la curette, employée de la manière que j'ai in-

diquée, mais de l'essayer sans idées préconçues. »

Dans un article récent sur le même sujet, M. Pajot est plus sévère : « On tuera encore quelques femmes, puis il en sera de la curette comme autrefois des redresseurs utérins, si prônés il y a 25 ans contre les déviations. La curette prendra son rang au milieu des instruments pouvant rendre des services dans les cas d'endométrite nettement définis et relativement assez rares. Les esprits droits ne manquent pas parmi les médecins. L'avenir dira de quel côté se trouve l'erreur [1]. »

Moins on est sûr des procédés usuels, plus on doit être encouragé à en essayer un nouveau qui les rendrait superflus.

1. *De la cautérisation et du curage dans le traitement des endométrites*, Annales de gynécologie et d'obstétrique, juin 1888, p. 407.

CHAPITRE IX

Massage dans différentes affections utérines.

INVOLUTION UTÉRINE INCOMPLÈTE. — PROLAPSUS. — CORPS FIBREUX.

Nous avons réuni dans ce dernier chapitre un certain nombre d'affections dans lesquelles le massage est encore utile. Il est impossible de les mettre sur la même ligne que celles dont nous avons parlé. On a eu dans les premières le plus souvent raison de tout ; la santé est revenue, l'utérus a repris son aptitude fonctionnelle. Les résultats ont été quelquefois moins éclatants dans d'autres faits que nous allons voir. Si l'on excepte l'involution utérine qu'il guérit, on peut dire que le massage est un excellent palliatif pouvant supporter la comparaison avec d'autres hautement préconisés.

I. Involution utérine incomplète. — Dans l'observation XLV, le massage a été appliqué pour remédier à des métrorrhagies consécutives à un retour

imparfait de l'utérus sur lui-même, après un accouchement; la guérison fut rapide et définitive.

Obs. XLV

Involution utérine incomplète. — Ulcération du col. — Rétroflexion. — Cautérisation du col. — Faradisation de l'utérus sans succès. — Massage. — Guérison.

Mme M..., 32 ans, femme de ménage. Deux accouchements sans accidents. Dans leur intervalle, autre grossesse terminée par un avortement au second mois; eut beaucoup de peine à se rétablir et dut garder le lit un mois. Elle devint de nouveau enceinte presque aussitôt après son rétablissement ; la grossesse se passa sans accidents, mais elle a toujours été souffrante depuis son accouchement. Sensation continuelle de tension vers l'hypogastre et de pression vers la vulve. La marche est difficile ; pour la faciliter, elle appuie ses deux mains sur l'abdomen. De temps en temps, elle éprouve une autre sensation qu'elle compare au besoin d'aller à la garde-robe. Des douleurs lombaires ne la quittent presque jamais et s'irradient soit du côté de l'aîne, soit du côté des cuisses. Ménorrhagies. La durée de la période menstruelle est plus longue qu'auparavant. Eprouve fréquemment le besoin de prendre des aliments ; quelques bouchées le font cesser. Météorisme. Leucorrhée profuse, surtout à l'approche des règles. Céphalée, palpitations. Affaiblissement, maigreur inquiétante. La malade, qui a reçu des soins d'une sage-femme et de deux gynécologistes, porte une ceinture hypogastrique ; au début, elle s'en est bien trouvée ; mais, depuis quelque temps, cette ceinture la gênait tellement qu'elle a dû l'aban-

donner. Tampons vaginaux d'alun; cautérisations au crayon de nitrate d'argent; injections iodées intra-utérines. Faradisation de l'utérus. Ce traitement a produit un soulagement plus marqué que les autres méthodes ; malheureusement, au bout de quelques mois, elle retomba dans l'état antérieur.

Je la vois pour la première fois, à la fin de juin 1877. Utérus volumineux, en rétroflexion, très mobile, un peu mou. Col gros, laisse passer par son orifice externe un liquide visqueux, filant presque translucide en grande quantité; ulcéré, fongueux. L'ulcération entoure complètement son orifice externe ; elle paraît même se continuer dans le canal cervical. Demande le massage : je m'y refuse, la croyant enceinte, et lui recommande de revenir au bout de trois mois après sa couche ; à ce moment, elle présente les mêmes phénomènes qu'auparavant. Règles apparues il y a six semaines, aussi pénibles qu'avant. Longueur utérine : 8 cent. 5. Ecoulement muco-purulent profus.

Massage : les résultats dépassent de beaucoup mon attente, et cela malgré une sensibilité très accusée des parois abdominales. On l'atténue en appliquant, avant chaque séance, des compresses glacées. La malade se soumet au traitement avec persévérance. La dysménorrhée cesse. Peu à peu tout se régularise et devient normal. Les douleurs lombaires et la sensation de pression sur le périnée et le voisinage de l'anus ont disparu. Digestion satisfaisante ; plus de traces d'écoulement. La malade est rose et fraîche ; elle a repris de l'embonpoint. La longueur de l'utérus a diminué de un centimètre et demi environ ; sa consistance est plus ferme.

Au moment de cesser le massage, l'ulcération n'est pas complètement guérie. Pansements phéniqués, pendant trois semaines environ. A partir de ce moment plus de migraines ;

la guérison est complète après quatre semaines de traitement. J'ai revu cette personne, au mois de février 1878, la guérison s'était maintenue.

Comme elle n'a rien vu, au moment correspondant aux deux dernières époques menstruelles, elle se croit enceinte.

II. Prolapsus de l'utérus et du vagin.— Brandt, von Preuschen, Profanter, ont employé le massage contre eux ; c'était un des temps d'une méthode comprenant : 1° l'élèvation de l'utérus ; 2° des exercices gymnastiques des muscles de la cuisse ; 3° des petits coups sur la région lombo-sacrée.

La malade est couchée sur le dos, les cuisses repliées sur le bassin. Le masseur, placé à sa gauche et en face d'elle, enfonce sa main droite en supination entre la symphyse pubienne et le fond de l'utérus, tandis qu'un assistant maintient celui-ci en antéversion avec un doigt introduit dans le vagin. Le masseur saisit alors de bas en haut l'utérus et ses annexes avec ses doigts fortement recourbés.

La main gardant cette position est déplacée vers l'épigastre, de telle sorte que l'utérus est attiré en haut. Lorsque les limites du déplacement sont atteintes, il est abandonné et revient lentement dans son ancienne position. Le doigt de l'assistant fait ce mouvement, et par suite de la pression qu'il exerce d'avant en arrière sur la portion vaginale, il l'empêche de se

mettre en rétroversion. Il faut pratiquer 3 fois ces élèvations à chaque séance.

Les mouvements de la cuisse consistent dans l'exercice méthodique des adducteurs. La malade est dans la même position, les genoux et les jambes rapprochés. Le masseur, placé à côté d'elle, écarte de force un genou, tandis qu'elle s'oppose à ce mouvement. Les rôles sont intervertis lorsque les genoux sont écartés ; la malade essaye de les rapprocher, tandis que le gymnaste s'oppose à ce mouvement.

De petits coups sont portés avec la main ouverte sur la colonne vertébrale et le bassin.

Je n'ai jamais suivi de tous points ce manuel opératoire ; je ne m'explique même pas trop l'utilité du premier temps : ou le prolapsus est le seul accident, ou l'organe se trouve dans une position vicieuse, antéversion ou rétroversion.

Dans la première hypothèse, on ne voit pas quel but visent les tentatives de réduction. En général, quand une disposition vicieuse se reproduit, c'est que la force qui l'a déterminée continue d'agir. Admettons que le prolapsus simple non compliqué soit de même nature que les hernies dites de faiblesse, c'est-à-dire que sa cause réelle réside dans une élongation des moyens de fixité, les raccourcira-t-on en exerçant une traction de bas en haut? Si au contraire, il existe une rétroversion, maintenue comme c'est souvent le

cas, par des brides pelviennes, on ne peut pas dire qu'une manœuvre unique puisse constamment vaincre leur résistance.

M. von Preuschen considère le premier temps comme accessoire. C'est par la gymnastique musculaire que la méthode de Brandt agirait.

L'adduction forcée, surtout lorsque la malade élève en même temps le siège, s'accompagne d'une contraction énergique et prolongée du releveur de l'anus: grâce à celle-ci, le calibre du vagin diminue ; l'utérus est refoulé vers le haut, et plus tard, lorsque le traitement a été suivi assez longtemps, il est maintenu dans cette position [1].

A cela, M. Sielski répond qu'une contraction muscularie provoquée ne peut pas durer assez longtemps pour constituer un moyen de fixité. En admettant que l'adduction amène une contraction énergique du releveur de l'anus, ce muscle se fatigue et le déplacement se reproduit [2]. L'auteur ne tient pas compte du tonus musculaire. A chaque instant on emploie des procédés mécaniques pour l'augmenter. Quelle que soit l'explication qu'on en puisse donner, il est certain

1. *Die Heilung des Vorfalls der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckenmuskulatur und methodische Uterushebung.* Centralbl. f. Gynäkologie, nº 13, 1888, p. 201.

2. *Das Wesentliche in der Thure Brandtschen Behandlungsmethode des Uterusprolapsus; Modifikation der Methode.* Centralbl. für Gynäkolog., 26 janv. 1879, nº 4, p. 49.

que la méthode compte des partisans. Brandt l'a appliquée pendant un séjour qu'il a fait à Iéna, à la clinique du professeur B. S. Schultze ; il a obtenu un succès ; Preuschen en a eu un autre à Greifswald ; le résultat était d'autant plus remarquable qu'il s'agissait d'un cas invétéré. Profanter le recommande également [1]. Aucune des manœuvres ne me paraît superflue, mais le *modus faciendi* de Brandt est inutilement compliqué. On exerce une pression sur le corps de l'utérus, fixé par le doigt d'un aide ; donc on pratique le massage. Il est rare que l'utérus abaissé soit absolument normal, qu'il ne présente pas trace de métrite parenchymateuse ; que les malades ne se plaignent pas de pertes blanches, de métrorrhagies ou d'accidents semblables. J'ajoute même que si l'abaissement secondaire est léger, il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

Dans ce cas, il faut poser une question préalable. Est-il plus facile de maintenir en place un organe sain qu'un organe infiltré, congestionné, augmenté de volume et de poids ? La réponse est facile. Dans les cas de prolapsus que j'ai traités, j'ai fait le massage comme d'habitude, et provoqué les mouvements d'abduction. J'ai eu un succès et un insuccès ; ce n'est pas un résultat trop défavorable. Je ne crois pas, pourtant, qu'on puisse attendre jamais de la

1. *Die Massage in der Gynäkologie* Wien, 1887.

méthode des avantages comparables à ceux qu'elle donne dans les métrites. On guérit l'utérus ; von Preuschen a noté une diminution considérable de ses dimensions ; on augmente le tonus musculaire, on diminue la flaccidité des ligaments larges, tiraillés et infiltrés ; tout cela est parfait, mais ce serait une grande hardiesse d'affirmer qu'on guérit tout pour toujours. Les malades peuvent marcher, monter les escaliers, mais si elles sont obligées de se livrer à des travaux durs et pénibles, de faire des mouvements brusques, de violents efforts musculaires, la guérison n'est que temporaire, et le prolapsus se reproduit. C'est ainsi que les choses se sont passées chez nos patientes : toutes deux étaient de la campagne et semblaient robustes, mais l'une d'elles était la femme d'un propriétaire aisé ; après le traitement, je lui indiquai minutieusement les précautions qu'elle devait prendre, et surtout ce qu'il ne fallait pas faire ; elle se conforma à mes instructions et la guérison se maintint.

La seconde était une journalière, animée d'excellentes intentions, mais à laquelle il était impossible de choisir son travail et son temps pour travailler. Elle quitta Paris dans un état satisfaisant, quelques semaines plus tard, il ne restait plus rien des bons effets du traitement.

Obs. XLVI.

Prolapsus utérin. — Massage. — Guérison.

Mme L., de la campagne, 38 ans. Deux accouchements, le premier deux ans après son mariage, accouchement très laborieux, s'étant levée au bout de 5 jours, et ayant eu l'imprudence d'aider à soulever une armoire, elle s'aperçut qu'elle avait provoqué un déplacement utérin. Cet accident n'eut pas de suite ; et elle devint de nouveau enceinte trois mois plus tard. La grossesse suivit son cours sans accidents. Accouchement à terme, enfant robuste. Les suites de couches eurent lieu sans accidents et la malade put se lever, après avoir passé 10 jours au lit. Elle eut l'idée malheureuse de prendre ses deux enfants entre ses bras en même temps, pour les balancer. Elle éprouva une vive douleur dans le bas-ventre et sentit que quelque chose sortait. Aussitôt qu'elle se mit dans le décubitus dorsal, elle se sentit mieux. La sage-femme, appelée à ce moment, reconnut un prolapsus utérin et appliqua un pessaire, peu de soulagement parce que, malgré les conseils de cette sage-femme, elle continua de vaquer à ses travaux ordinaires, très pénibles. Le pessaire fut chassé, au moment d'efforts de défécation, et on ne put réussir à le placer immédiatement ; peu à peu, le prolapsus devint plus marqué qu'il ne l'était au début ; il s'accompagna de douleurs rénales, hypogastriques, sous l'influence du moindre effort, l'écoulement menstruel augmente, il y a des ménorrhagies qui l'affaiblissent beaucoup cette personne. Il lui est impossible de vaquer aux soins ordinaires du ménage. La sage-femme place un nouveau pessaire, plus grand que le premier, après que la malade l'eut porté pendant 4 mois, sans qu'il fût sorti une seule fois,

elle fut obligée de l'enlever, parce qu'il aurait déterminé un écoulement vaginal abondant et de mauvaise odeur.

Je vis pour la première fois cette personne dans le cours de l'automne de l'année 1884. Le prolapsus se produit avec une très grande facilité et peut être réduit dans les mêmes conditions. Le vagin en état d'inversion présente l'aspect tanné d'une muqueuse qui a été longtemps exposée à l'air. Sur la lèvre postérieure du col ; existe une ulcération très nette, mais superficielle ; à l'hystéromètre, longueur de la cavité du corps : 10 cent. 1/2. Pas de rectocèle. Le massage est facile ; mais, par suite d'interruptions relativement fréquentes, je suis obligé de continuer le traitement pendant trois mois. Mouvements d'abduction des cuisses, après chaque séance. A la fin du traitement l'utérus occupant sa situation normale, présente un léger degré de rétroflexion. Les efforts de toute nature que fait la malade, ne le déplacent même pas. La longueur mesurée à l'hystéromètre est de 8 cent. 5. L'ulcération a guéri, sans traitement spécial, menstruation régulière, absolument normale. Plus de leucorrhée. J'ai vu la malade, à la fin du mois de janvier 1888, c'est-à-dire environ un an après la cessation de traitement ; le prolapsus ne s'est pas reproduit et l'état général est excellent. Suivant en cela mes conseils, elle s'est abstenue d'aller de nouveau travailller aux champs.

Obs. XLVII.

Prolapsus utérin. — Massage. — Guérison. — Récidive après la fin du traitement, sous l'influence des mêmes causes mécaniques qui l'avaient produit.

Mme B., 48 ans, habitant habituellement la campagne ; une seule grossesse, il y a 25 ans, terminée par un accouchement à

terme ; constipation habituelle, s'est aperçue pour la première fois de prolapsus utérin, à la suite d'efforts de défécation. Ce prolapsus s'est reproduit en été, au moment de la moisson. Depuis lors, chaque fois qu'elle s'est livrée à un travail un peu pénible, elle a éprouvé les mêmes accidents. En outre, elle éprouve, à ce moment, une sensation extrêmement pénible, « comme si le contenu du ventre voulait sortir. » La réduction est suivie d'une amélioration sensible. Douleurs de reins, envies fréquentes d'uriner, troubles digestifs constants. Même en l'absence du prolapsus manifeste, elle souffre plus certains jours que d'autres. Peu de leucorrhée. Injections vaginales d'une solution de feuilles de noyer, application de tampons d'alun, sans résultat.

Lors de son arrivée à la clinique, je constate que l'état général est excellent, cette personne est robuste. Ménopause depuis 3 ans. Utérus gros (9 cent.) en rétroversion. Inversion vaginale ; tout autour, on distingue nettement le pli d'inversion. La sonde peut passer en arrière et un peu à gauche. Légère excoriation de l'orifice cervical. La réduction se fait sans difficulté. Le prolapsus ne se reproduit pas quand la malade ne pousse pas ; réduction plus facile dans le décubitus dorsal. Déviation de l'urèthre, la miction est impossible sans réduction préalable. Pas de rectocèle, périnée intact. Massage : douloureux pendant les quinze premiers jours, douleurs dans le bas ventre, s'irradiant jusqu'à l'épigastre. Elle persiste quelques minutes après la fin de la séance. Je la fais suivre de mouvements actifs et passifs du membre inférieur.

Après 9 semaines de traitement, l'utérus est dans sa situation normale et en antéflexion légère. A l'hystéromètre : longueur 8 cent. La paroi antérieure du vagin est plus résis-

tante qu'elle ne l'était. Les douleurs de reins, les troubles digestifs et les autres symptômes, ont presque complètement disparu.

J'ai eu des nouvelles de cette personne, par une de ses parentes et j'ai appris que la guérison s'était maintenue pendant quelques semaines, mais comme elle avait dû reprendre ses travaux, le prolapsus s'était peu à peu reproduit, de telle sorte qu'au bout de 2 mois, elle avait perdu le bénéfice du traitement.

Obs. XLVIII. (*Von Preusschen*)

Prolapsus utérin. — Massage. — Guérison.

Mme L. de S. ; a eu, il y a 3 ans, immédiatement à la suite d'un accouchement, un prolapsus total de l'utérus pour lequel j'ai dû, à plusieurs reprises, lui donner des soins. Comme cette personne s'oppose à toute intervention opératoire, on est obligé de se contenter de faire la rétention à l'aide d'un pessaire. Les seuls indiqués sont les hystérophores, maintenus par une ceinture pelvienne, parce que tout appareil ayant son point d'appui dans le vagin, doit être expulsé par l'effort de la pression abdominale.

Depuis quelque temps, la malade a abandonné les bandages parce qu'ils sont devenus défectueux. Elle était dans cet état, lorsque je la présentai, à la fin d'octobre, à mes élèves. La tumeur qui se trouve entre les cuisses a une longueur d'environ 11 cent. Dans le vagin, en état d'inversion complète, on sent l'utérus en rétroversion. La malade se plaint de douleurs de la miction et particulièrement d'envies extrêmement fréquentes. Elle a en même temps une rectocèle et une cystocèle.

Je présentai cette malade qu'on pouvait regarder comme guérie, à la séance de la Société de médecine de Greifswald, du 11 février 1888.

Depuis les premiers jours du traitement, l'utérus est resté dans le bassin ; bien que Mme L... doive faire chaque jour une assez longue course et monter deux escaliers, il est maintenant en antéversion ; sa longueur est réduite de 11 à 7 centimètres ; son diamètre transversal a diminué dans la même proportion. Comme 3 mois 1/2 se sont écoulés depuis le commencement du traitement, je puis considérer, sans trop d'optimisme, le résultat comme définitif.

Obs. XLIX.

Prolapsus du vagin. — Cystocèle. — Abaissement utérin. — Massage. — Guérison.

Mme A..., 33 ans, grossesse unique, terminée, il y a 10 mois, par un accouchement à terme. Deux mois plus tard, saillie assez douloureuse à la vulve. Quelques douleurs d'ailleurs légères dans les reins, à l'hypogastre et aux aînes. La marche devient pénible ; très fatiguée après avoir vaqué aux soins ordinaires de son ménage. Depuis son accouchement, perte abondante, habituelle, d'un liquide épais et jaunâtre. Besoins fréquents et irrésistibles d'uriner (plusieurs mictions dans le cours d'une heure). Plus la tuméfaction vulvaire s'accusait plus il lui devenait difficile d'expulser les dernières gouttes d'urine ; elle était obligée pour y parvenir, d'exercer avec les doigts une pression sur la tumeur. Injections vaginales d'une solution concentrée d'écorce de chêne ; pas le moindre résultat ; à l'examen local se trouve une tumeur saillante à la vulve ; elle est flasque, constituée par la paroi antérieure

du vagin, déprimée par la vessie. La réduction est facile, à la fin de la journée, lorsque la malade a longtemps porté son enfant sur les bras, la tumeur a presque le volume du poing. L'utérus est gros, un peu descendu ; métrite catarrhale, de moyenne intensité. La malade étant dans la station verticale, je masse la tumeur avec l'extrémité de l'index et du médius droit, par des pressions répétées contre l'arcade pubienne. Au bout de 15 jours, la réduction était parfaite, mais la tendance à la cystocèle persistait ; c'était elle qu'il fallait désormais combattre. Je fais coucher la malade sur une chaise longue, et j'introduis dans le vagin l'index et l'annulaire de la main gauche, jusqu'à ce que je rencontre l'utérus, la pulpe tournée vers lui, et je fais le massage à ce niveau. Le contenu de la vessie est toujours évacué avant chaque séance. L'application du procédé détermine des douleurs rénales et inguinales assez vives. Au bout de 8 jours, celles-ci sont notablement moindres et très supportables.

Le mieux était déjà sensible. Lorsque la tumeur sortait, elle présentait un volume moindre qu'auparavant, était moins flasque. Après 28 séances d'un traitement interrompu seulement pendant le cours des époques menstruelles, la tumeur n'était pas plus volumineuse qu'une noisette ; sa consistance était dure, elle n'augmentait pas de volume, à la suite des efforts de la malade. J'avais donc fait porter en dernier lieu, comme je l'ai dit, le massage sur le corps de l'utérus et les ligaments, espérant avoir raison de la métrite catarrhale diminuer le volume de l'utérus et sa tendance au prolapsus, augmenter en même temps la vigueur des ligaments larges et des ligaments ronds. Ces dernières manipulations étaient faciles, grâce à la flaccidité et au peu d'épaisseur de la paroi abdominale, mais elles étaient douloureuses. L'abaissement de

l'utérus a presque disparu après 40 séances, résultat dû en partie au massage de l'organe, en partie à l'augmentation de résistance de la paroi vaginale. En même temps, la menstruation devient plus abondante et plus régulière, la leucorrhée a complètement cessé, plus d'envies fréquentes d'uriner. Deux mictions seulement par jour. Je lui recommande d'éviter les fatigues et surtout de ne pas porter de fardeaux pesants. J'ai revu cette personne, le 22 juin. Depuis mon dernier examen, la tumeur avait encore diminué de volume.

III. Fibromes utérins. — En lisant les notes prises dans les premiers temps de ma pratique à Paris, je retrouve les éléments d'une observation imprimée dans la thèse qui reçut un accueil si peu encourageant à la Faculté : Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, mère de trois enfants, qui avait fait une fausse couche 5 ans auparavant. Depuis, elle n'était pas redevenue enceinte et n'avait jamais souffert du côté de l'utérus ; douleurs des reins, pesanteur hypogastrique, envies fréquentes d'uriner, constipation opiniâtre, accès de gastralgie, symptômes thoraciques ressemblant à de l'angine de poitrine ; elle avait éprouvé tout cela. Cette personne, présentant une leucorrhée habituelle plus abondante au voisinage de l'époque menstruelle, avait été traitée, sans avantages, pour des ulcérations du col. Elle vint à l'hôpital Saint-Louis, le 8 juin 1876. A ce moment, je constate les phénomènes ordinaires de la métrite parenchyma-

teuse chronique : augmentation de volume de l'utérus, hypertrophie du col, ulcération de sa lèvre postérieure, induration des parois ; mais il existait, en outre, un fibrome sous-séreux dans la moitié gauche, un autre irrégulier dans le cul-de-sac postérieur. Je n'espérais pas en obtenir la disparition : je commençai cependant le massage ; je savais déjà que s'il était incapable de faire diminuer le volume des corps fibreux, il agit parfois très vite sur les accidents amenés par eux, de sorte que les malades le supportent bien. Le 16 juillet, un peu plus d'un mois après le début du traitement, l'ulcère était presque cicatrisé ; plus de constipation ni de gastralgie ; la marche était facile ; ces résultats n'étaient pas à dédaigner.

Depuis ce temps, j'ai appliqué souvent le procédé dans des cas analogues, et j'ai toujours obtenu une amélioration : c'est un palliatif souvent applicable et qui n'a jamais d'inconvénients. Il y a, dans l'évolution des corps fibreux, des particularités de plusieurs ordres. Outre les dangers tenant à leur développement et à leur nature, on trouve des accidents consécutifs à l'irritation des parois utérines. Les métrorrhagies, la leucorrhée, les déplacements sont des phénomènes de métrite. On verra, dans nos observations, que presque toujours on en a eu raison.

Le massage est dirigé contre la congestion produite par le fibrome; quelquefois on réussit mieux qu'on n'osait l'espérer. La malade de l'observation L, une fille de 18 ans, était arrivée, par suite de métrorrhagies incessantes, à une anémie telle qu'on ne s'attendait guère à la remonter; elle avait plusieurs corps fibreux; par le massage, j'arrêtai les métrorrhagies et la remis en si bon état que, malgré mes observations, elle se mariait l'année suivante.

Il m'a semblé que dans les fibromes intra-pariétaux la méthode a toujours le même effet; elle contribue à les rendre plus superficiels; c'est un avantage : sous-séreuses, elles grossissent plus vite, mais sont mieux tolérées; intra-utérines, elles sont plus accessibles et passibles d'une extirpation complète. On n'obtient de bons résultats que pour celles de petit et de moyen calibre.

Obs. L

Fibromes multiples de l'utérus. — Dysménorrhée et métrorrhagies. — Affaiblissement extrême. — Massage. — Cessation des métrorrhagies et de la dysménorrhée. — L'état général devient excellent.

Mlle L..., 18 ans, pâle, cachectique, vient me consulter, au mois de mars 1878. Reglée pour la première fois à 14 ans, n'a

vu que 4 fois depuis lors. Les périodes ont duré 5 à 6 jours, la première ne présenta rien d'anormal ; elle resta 6 mois sans voir ; au bout de ce temps, les règles revinrent brusquement, à la suite d'une frayeur et continuèrent pendant 17 jours. Dans les époques ultérieures, la durée de la période s'est prolongée ; en même temps, elle s'est accompagnée de vives douleurs dans les reins et les aînes, tantôt à droite, tantôt à gauche, surtout violentes à l'approche de l'écoulement ; elles cessent immédiatement lorsqu'il se montre. Depuis 1875, elles se sont prolongées pendant l'intervalle des époques, au point de devenir presque continues. Depuis le printemps dernier, les métrorrhagies sont incessantes à tel point qu'il est à peu près impossible de connaître le moment précis de la période menstruelle. Envies fréquentes d'uriner, dysurie ; les mictions n'ont parfois lieu que tous les deux ou trois jours ; les urines sont mêlées de sang. Constipation ; garde-robes tous les trois quatre jours seulement à la suite des lavements. Sensation ou bizarre dans l'hypochondre droit, « Il me semble, dit-elle, que quelque chose veut remonter dans mon corps. » Névralgie pariétale double, suivie d'une dénudation étendue de cette région. Œdème des pieds et de la région des malléoles ; diminue notablement, dans le repos au lit et le décubitus dorsal. Injections vaginales astringentes ou désinfectantes, quand l'écoulement prend une mauvaise odeur ; pas d'amélioration. A l'intérieur, fer, quinquina, ergotine, le tout sans résultat. Cette médication a été complètement impuissante et n'a jamais amené qu'une amélioration passagère. Depuis quatre mois la malade garde le plus souvent le lit. Le sang est aujourd'hui très pâle, il se coagule difficilement ; a maigri, s'est affaiblie au point de ne pouvoir marcher ou monter un escalier sans l'as-

sistance de quelqu'un. Céphalée constante ; palpitations ; accès de suffocation ; le moindre effort produit des étourdissements. inappétence ; répugnance pour les aliments. Depuis quelques semaines, ne peut prendre autre chose que du lait, du vin et du jus de viande; sommeil irrégulier, souvent insomnies ; découragement; idées de suicide. Amaigrissement extrême ; couleur terreuse de la face ; regard abattu, sans éclat.

A l'examen local, on trouve que l'utérus est légèrement déplacé en arrière ; il donne au doigt pratiquant le toucher, la sensation d'une masse irrégulière, parce qu'il est le siège de plusieurs fibromes ayant en général le volume d'une noix ; plus ou moins saillants à droite et un peu en avant du corps, tumeur un peu plus grosse, du volume d'une petite poire. On introduit avec difficulté l'hystéromètre ; la cavité mesure 8 cent. 1/2. Après quinze jours de traitement par le massage, cette jeune fille déclare qu'elle perd déjà un peu moins. Au bout de six semaines, amélioration notable ; les métrorrhagies sont moindres, les autres symptômes ont également diminué. Elle peut marcher et même venir seule à la consultation. L'appétit est revenu, il est plutôt exagéré. Plus de dysurie, ni de gêne de la miction : sommeil tranquille. Elle a pris de l'embonpoint, sous l'influence du même traitement prolongé pendant quelques semaines, les métrorrhagies s'arrêtent complètement. Les tumeurs fibreuses n'ont pas diminué de volume ; elles semblent même un peu plus saillantes qu'auparavant ; mais la masse totale de l'utérus est plus irrégulière et plus petite. Je revis cette personne quatre mois plus tard chez ses parents ; à mon arrivée, elle sautait à la corde avec d'autres jeunes filles de la maison ; elle a de l'embonpoint, peut marcher, faire de longues courses à pied. La menstruation s'est établie ; la période menstruelle est tou-

jours longue; elle dure 9 jours. Miction et garde-robes régulières et faciles. Ses parents me demandent s'ils ne pourraient donner suite à un projet de mariage. Je donnai un avis défavorable en le motivant sur la possibilité du retour des accidents. On n'en tint pas compte et cette personne se maria vers la fin de l'année. Je l'ai revue depuis : l'état général était resté excellent; elle n'était heureusement pas devenue enceinte ; les règles revenaient régulièrement tous les mois, et duraient 9 jours, elle n'a eu qu'une seule fois deux périodes dans un mois, à la suite d'une vive émotion.

Obs. LI

Fibrome pédiculé de l'utérus. — Métrorrhagies répétées : — Extirpation. — Massage pour faciliter la diminution de volume de l'utérus. — Présence d'une seconde tumeur.

Mme N..., fruitière, 33 ans, trois grossesses terminées par des accouchements réguliers : le dernier remonte à deux ans. Santé jusqu'alors excellente, je vis pour la première fois cette personne au mois de décembre 1878. Depuis 8 mois, les périodes menstruelles se prolongeaient démesurément ; il n'y avait presque jamais plus de 8 jours d'intervalle entre l'une d'elles et la suivante. L'hémorrhagie était toutefois modérée, la santé générale avait peu souffert, l'appétit était excellent ; elle pouvait marcher et vaquer à ses occupations ordinaires. Sensation douloureuse, mal définie dans l'hypogastre ; douleurs continues dans les reins ayant présenté dans ces derniers temps le caractère expulsif. Pas d'autres phénomènes qu'une certaine faiblesse l'obligeant quelquefois à se reposer dans la journée. Teinte pâle, jaunâtre de la face. A l'examen local, on trouve l'utérus très agrandi, sans bosselures appréciables ; sa con-

sistance est plutôt diminuée. Les bords de l'orifice externe sont très amincis, il est suffisamment ouvert pour qu'on puisse introduire l'extrémité du doigt. Immédiatement au-dessus de cet orifice, on trouve une tumeur de consistance ferme qui obture complètement le canal cervical et le dilate, il est impossible de la délimiter avec le doigt et d'arriver jusqu'à son point d'implantation. Un de mes confrères et moi nous dilatons suffisamment le col avec de l'éponge préparée, on peut alors parvenir avec l'index jusqu'au niveau de l'implantation du néoplasme: il est situé à droite et un peu au-dessus de lui; la tumeur est fixée à la paroi par un pédicule pas trop volumineux; elle est grosse elle-même comme un œuf de poule. Mon confrère profite de la dilation obtenue pour extirper cette tumeur. L'exploration intra-utérine consécutive montre qu'il en existe une ou plusieurs autres de même genre selon toute probabilité; une entre autres est située sur la paroi postérieure; elle présente une partie arrondie légèrement saillante, du volume d'une noix. L'extirpation de la première avait été suivie de l'arrêt momentané des métrorrhagies. Afin de faciliter le retour sur lui-même de l'utérus élargi et de hâter — nous en avions l'espoir — l'expulsion de la seconde tumeur ou du moins de provoquer un déplacement qui la rendrait accessible comme la première, j'eus recours pendant quelques temps au massage; la malade se reposa, puis je commençai le traitement que je continuai pendant six semaines; l'utérus diminua de volume, sa consistance devint plus ferme et l'état général s'améliora notablement. Deux mois après l'opération, celui-ci était excellent. Pendant les six semaines suivantes, je n'eus pas de nouvelles; lors de la visite qu'elle me fit au bout de ce temps j'appris que depuis trois semaines des accidents analogues à

ceux qu'elle éprouvait avant l'opération s'étaient de nouveau montrés. L'exploration locale me permit de constater que la seconde tumeur avait pris une situation semblable à celle qu'avait la première et qu'il était possible de l'arracher. La malade s'y refusa. Depuis je n'ai pas eu de ses nouvelles.

Obs. LII

Fibromes multiples de l'utérus. — Métrorrhagies rebelles. — Massage. — Amélioration.

Mme G..., 34 ans ; vient me consulter au mois d'octobre 1878. Trois accouchements antérieurs réguliers. Dans le cours d'une quatrième grossesse ; fait, dans la rue, une chute suivie d'un avortement à la suite duquel elle doit garder le lit pendant quatre semaines. Il y a 5 ans, dans l'intervalle de la seconde et de la troisième grossesse, a éprouvé de la pesanteur et des tiraillements dans le bas ventre ; s'aggravant pendant la station verticale. Dysurie. Constipation rebelle. Après avoir duré 5 jours, ses règles sont devenues plus abondantes et se sont prolongées parfois pendant une semaine, peu à peu elles ont pris le caractère d'une hémorragie véritable. Il est devenu presque impossible de savoir quel moment correspondait exactement à l'époque menstruelle. Dans ces derniers temps l'écoulement est devenu séreux, teinté de sang ; il n'y a plus de caillots.

Par l'exploration bimanuelle on trouve que l'utérus est très volumineux et porté en avant. Sur sa face antérieure plusieurs tumeurs fermes, dures, résistantes, dont le volume varie depuis celui d'une cerise jusqu'à celui d'un œuf de poule. La plupart paraissent interstitielles. Dans le cul-de-sac postérieur flasque et se laissant facilement distendre, on en trouve une

de même consistance que la précédente, à l'aide du toucher rectal, on reconnaît qu'elle monte jusqu'au fond de l'utérus, produit une sensation analogue à celle que produirait une une main étroitement appliquée sur cette partie. L'hystéromètre donne une longueur de la cavité utérine de 9 cent. 5 elle est élargie et irrégulière ; l'irrégularité tient à ce que la paroi extérieure est le siège d'une tumeur qui paraît faire corps avec celle qu'on sent à travers le cul de sac en question.

Massage. Les métrorrhagies diminuent, le sang reprend sa couleur et sa consistance. Le traitement n'est interrompu qu'au moment des époques. Au bout de 3 mois, plus de pertes, plus d'envies fréquentes ni de constipation. Afin que l'état général remonte, séjour à la campagne et toniques à l'intérieur. L'examen local montre que l'utérus a diminué de 1 cent. dans sa longueur. Les tumeurs sont exactement dans le même état qu'au début du traitement. J'ai revu cette malade à la fin d'août 1879, l'amélioration s'était maintenue ; la durée de la période menstruelle était de 7 jours ; la quantité de sang était normale. La dernière période a été cependant accompagnée d'une hémorrhagie qui a inquiété la malade c'est à cause d'elle qu'elle vient me demander mon avis. Elle est à peu près dans le même état qu'au moment où nous avons cessé le traitement : Au toucher vaginal le doigt introduit dans l'orifice externe du col pénètre sans difficulté jusqu'à l'orifice interne ; celui-ci paraît s'être dilaté, agrandi pendant l'intervalle qui s'est écoulé depuis la cessation du traitement. Un de mes confrères et moi nous faisons avec de l'éponge préparée, une dilatation artificielle du col, et nous reconnaissons que la tumeur fait une saillie plus prononcée dans la cavité. J'ai revu cette malade un an plus tard et elle m'a appris qu'on lui avait enlevé sa tumeur.

Obs. LIII

Fibrome utérin volumineux. — Rétroversion utérine. — Métrorrhagies profuses. — Faiblesse générale. — Massage. — Diminution des métrorrhagies.

Mme M..., 34 ans. Deux grossesses. Le dernier accouchement date de trois ans. D'abord, les règles ont été plus longues que d'habitude; de plus, la quantité de sang perdue a augmenté ; peu à peu, les intervalles des époques ont diminué et sont devenus très courts. Les métrorrhagies répétées n'ont pas tardé à amener une anémie accusée obligeant la malade à garder le lit pendant les six à sept jours correspondant à chaque époque menstruelle. Bientôt est survenue une vive douleur des reins, avec une douleur plus aiguë lancinante dans les aînes, et surtout du côté gauche, accompagnée d'une sensation de pesanteur dans le bas ventre. Mictions fréquentes, mais sans dysurie. Frictions hypogastriques, à la teinture d'iode, injections vaginales de perchlorure de fer. Seigle ergoté à l'intérieur. Suppositoires d'opium et de belladone dans le rectum. A l'intérieur, fer, vin de quinquina.

Je vois pour la première fois cette malade, au mois d'avril 1878. Elle est très anémiée ; se plaint d'une céphalalgie habituelle, de bourdonnements d'oreilles et d'une tendance marquée aux syncopes, sous l'influence de la plus légère fatigue. Face pâle, terreuse, œdème péri-malléolaire. On trouve par la palpation, à travers la paroi abdominale mince et flasque, une bosselure résistante, du volume d'un poing de femme ou d'enfant. Cette tumeur occupe une grande partie de la paroi antérieure de l'utérus. On peut faire tourner librement l'hystéromètre dans la cavité sans rencontrer de

proéminence. Longueur, 9 centimètres. Consistance ferme. Légère rétroversion. La malade se plaint d'une constipation opiniâtre qui résiste à tous les agents. Le massage ne produisit au début qu'une amélioration insignifiante ; il faut dire que le traitement était suivi très irrégulièrement. Au bout de deux mois pourtant, il devient évident que les pertes sont moins rapprochées et moins profuses. Au bout de trois mois et demi je crus pouvoir cesser le traitement. Depuis quinze jours, il n'y avait pas eu la moindre perte. L'aspect extérieur s'était modifié ; les forces étaient revenues ; l'utérus a légèrement diminué de volume. Longueur, 8 centimètres. Le corps fibreux paraît faire une saillie plus prononcée, du côté de la cavité péritonéale. J'ai revu cette malade au mois d'avril 1872. Pas de métrorrhagies ; règles seulement un peu abondantes de temps en temps. Elle a pris de l'embonpoint ; et l'aspect cachectique du facies n'existe plus.

Obs. LIV

Fibromes utérins. — Métrorrhagies répétées et profuses. — Massage. — Disparition des métrorrhagies.

Mme L..., 32 ans. Depuis 1875, règles plus abondantes et plus longues que d'habitude. A la suite de sa dernière couche (mars 1873), elle avait ressenti une pression violente et très pénible à l'hypogastre avec des difficultés pour uriner; cette dysurie s'accompagnait de ténesme rectal. Je vis pour la première fois cette personne au mois de janvier 1878; à ce moment, elle présentait les caractères frappants d'une anémie accidentelle, datant déjà d'un certain temps et marchait avec beaucoup de peine.

Voici les notions fournies par l'exploration directe des organes génitaux internes :

L'utérus, porté légèrement en avant, est plus résistant et plus dur que dans l'état normal. Sur le fond et la paroi antérieure, on sent trois tumeurs fibreuses, saillantes de volume différent, mais dont aucune ne dépasse celui d'un œuf de pigeon. Le segment inférieur ne présente rien d'anormal. Par l'orifice externe, je ne pénètre qu'à une très faible hauteur dans le canal cervical. L'hystéromètre introduit jusqu'à 9 cent. peut se mouvoir dans une cavité assez volumineuse, et rencontrer, à ce niveau, une petite tumeur faisant saillie dans la cavité utérine.

Injections glacées vaginales; poudre d'ergot de seigle; lavements laudanisés pour calmer l'irritation vésicale et apaiser la douleur en urinant.

Massage. Après quelques semaines, amélioration manifeste. Les métrorrhagies ont sensiblement diminué, et la malade reprenant des forces marche plus facilement. La première menstruation qui suit le début du traitement ne ressemble pas à celles qui l'avaient précédé. La quantité de sang perdu est moindre, elle produit moins d'accidents, du côté de l'utérus et de la vessie. Tout allait pour le mieux, de telle sorte qu'au bout de dix semaines, la malade avait obtenu ce qu'elle pouvait espérer du traitement ; les règles étaient normales, venaient juste aux époques régulières, ne s'accompagnaient d'aucune douleur dans le bas ventre. Plus de dysurie ni d'envies fréquentes d'uriner. L'aspect du facies était bon et ne rappelait en rien la pâleur cireuse antérieure. L'utérus a légèrement diminué de consistance et de volume. Les tumeurs fibreuses ne sont pas modifiées ; elles semblent même plus proéminentes qu'avant le traitement. Va passer quelque temps

à la campagne et continue de prendre du fer à l'intérieur. J'ai revû cette malade au mois de décembre. Depuis la fin du traitement, elle n'a eu qu'une métrorrhagie assez sérieuse pour attirer son attention, au mois de juin. Depuis, elle a toujours pu continuer son métier de blanchisseuse, sans éprouver d'accidents qui l'obligeassent à interrompre son travail.

CHAPITRE X

Manuel opératoire.

PRÉCAUTIONS. — DIFFICULTÉS. — CONTRE-INDICATIONS

Nous avons peu insisté sur le manuel opératoire tant il est simple. Il diffère peu du toucher bimanuel, abdominal et vaginal. Voici, en général, quelles précautions je prends avant et au moment de commencer. La première visite est consacrée à l'exploration méthodique, comprenant l'interrogation, le toucher, l'examen au spéculum. Lorsque le cas me paraît rentrer dans la catégorie de ceux qui peuvent être traités par le massage, la première séance a lieu le lendemain. Il faut recommander à la malade de vider complètement sa vessie immédiatement auparavant.

Elle se place dans le décubitus dorsal, sur un meuble *ad hoc*, la tête relevée, les jambes fléchies sur lés cuisses, les cuisses sur le bassin. On lui recommande de

respirer librement, sans effort ; il est bon, autant que possible, de détourner l'attention, de distraire, pour favoriser le relâchement des muscles de la paroi abdominale. Après avoir fait écarter les jambes le masseur se place à gauche de la patiente, introduit, quand il le peut, l'index et le médius de la main gauche dans le cul-de-sac antérieur du vagin de manière à soutenir la paroi antérieure de l'utérus tandis qu'à travers la paroi abdominale il saisit le corps, sur lequel il exerce des pressions légères au début, un peu plus fortes dans la suite. En cas de déplacement, il faut, autant que possible, redresser l'organe; les doigts placés dans le vagin le maintiendront solidement, autrement il pourrait glisser, ce qui est très douloureux pour la patiente. La pratique apprend ce qui convient dans un cas donné, quelle énergie est nécessaire.

Il est quelquefois utile de presser l'utérus contre la face postérieure du pubis : c'est une façon d'exercer un massage énergique et efficace ; la vessie vide ne gêne pas et n'expose à aucun accident.

Chez certaines personnes, l'utérus, en rétroflexion ou en rétroversion, est momentanément immobilisé dans le fond de la cavité pelvienne. Je m'abstiens des manœuvres de dégagement repétées et violentes ; je fais mettre la malade dans la position génu-cubitale et quelques coups légers sur la région

lombo-sacrée suffisent pour amener une rectification et rendre le traitement possible.

Si l'organe était fixé par des adhérences anciennes, très solides et comme enchatonnés dans le bassin, il faudrait éviter les tentatives pour le libérer ; en rompant les attaches, on provoquerait des hémorrhagies et, selon toute probabilité, des métro-péritonites graves. L'utérus doit être massé sur place ; on déprime assez la paroi abdominale pour l'atteindre ; inutile de dire que la patience et la persévérance sont indispensables. Les précautions suivantes rendront le massage plus tolérable et plus facile.

1° Graduez comme nous l'avons dit les pressions sur le corps utérin quand vous l'aurez saisi ;

2° Afin de bien le saisir, profitez de l'expiration pour enfoncer la main par la paroi et vous rapprocher de lui ; conservez, lors de l'inspiration, ce qui est gagné et enfoncez un peu plus à l'expiration nouvelle.

3° Evitez d'augmenter par une manœuvre brusque, l'impression pénible éprouvée par la malade lorsque l'utérus est saisi à travers la paroi ; attendez un peu avant d'exercer les pressions. La pression produit quelquefois des douleurs par irradiation et par voie réflexe dans les flancs, les lombes, la région ano-périnéale, l'épigastre.

4° Accordez toute votre attention à bien maintenir l'utérus ; c'est facile quand il est volumineux et mou ;

c'est très difficile, lorsqu'il est petit, sphéroïdal et dur ; il glisse alors avec une facilité extrême d'un côté ou de l'autre.

Pour la valeur intrinsèque du massage, mes observations ont un certain intérêt car je l'ai toujours employé isolément. A la fin de la cure seulement, lorsque l'état local était satisfaisant, j'ai, de temps en temps, conseillé un traitement hygiénique. Bien des femmes éprouvent à ce moment une déception. Souvent, de très courageuses m'ont dit : « Je vais mieux, je ne perds plus, je n'ai plus mal aux reins, ni aux aînes, mais ce n'est pas tout à fait ce que j'espérais ; mes forces ne reviennent pas ; je n'ai pas d'appétit. » Je leur donnais l'assurance que l'état général serait excellent au bout d'un ou deux mois et je ne me suis presque jamais trompé. Il y a du reste peu de médications qui fassent disparaître en même temps la maladie fondamentale et ses conséquences ; la cause enlevée, le reste est affaire de temps. A ce moment, l'alimentation reconstituante, le séjour à la campagne, l'hydrothérapie et les bains de mer sont utiles.

Le procédé est bien supporté, quoiqu'il soit douloureux, car les douleurs cessent vite après la séance. Jusqu'à présent, nous nous sommes trouvés dans des conditions favorables ; la méthode était inconnue ; les malades en avaient entendu parler à une de leurs

amies qui la portait aux nues, parce qu'elle avait été guérie. Elles avaient confiance, venaient avec régularité; on obtenait facilement qu'elles fissent un léger effort pour dompter la sensibilité des téguments abdominaux : ces personnes étaient pour le praticien des auxilliaires dociles et intelligents. Je n'oserais espérer qu'il en sera de même à l'avenir; lorsque les médecins prescriront le massage utérin dès qu'il semble indiqué comme ils prescrivent les injections; en revanche, il y a lieu d'espérer que les résultats seront meilleurs encore, parce que le traitement sera commencé à une époque plus rapprochée du début de la maladie.

Je donnais, la première fois que je m'occupai de la question, un conseil que je ne saurais trop répéter : Il faut une grande douceur, au commencement du traitement, au commencement des séances, on réussit bien mieux ainsi qu'avec une vigueur intempestive. Jamais une formule ne résumera la valeur d'une méthode exigeant la dextérité que donne seule l'habitude. On peut dire aux personnes qui veulent apprendre à masser l'utérus : Choisissez bien vos premiers cas, pour vous tout est là; prenez de préférence des femmes maigres, chez lesquelles l'écoulement catarrhal est le symptôme prédominant. Lorsque vous en aurez guéri deux ou trois vous aurez confiance; vos doigts sauront apprécier la consis-

tance, mener à bien une manœuvre. Quand votre statistique comptera trente ou quarante cas, vous entreprendrez le massage dans des conditions où vous n'auriez même pas admis auparavant qu'il fût possible. En général, je ne fais qu'une séance de quatre à cinq minutes par jour. Deux seraient préférables, si les femmes les demandaient et pouvaient les supporter ; c'est rarement le cas. La durée moyenne du traitement varie entre quarante et cinquante jours ; elle est d'autant plus courte qu'on est plus rapproché du début.

Lorsque les malades viennent me trouver un peu avant une période menstruelle, j'attends qu'elle soit passée et je commence aussitôt après, voici pourquoi : supposons que l'intervalle cataménial soit de 25 jours, je puis faire 25 séances consécutives. Dans les cas ordinaires j'ai bien des chances de n'avoir qu'une seule interruption. Il est bon de prévenir que pendant le traitement les règles avancent et se prolongent un peu.

Les principales difficultés qu'on rencontre, tiennent :

1° A l'extrême sensibilité générale et à celle de la paroi abdominale ;

2° A l'embonpoint et au météorisme ;

3° Aux déviations et aux déplacements ;

4° A la présence des hernies mal contenues ;

5° A l'étroitesse du vagin.

Celles des trois premières catégories sont relatives. Avec de l'habileté et de la persévérance de la part du praticien, la tolérance s'établit, et le procédé peut être pratiqué dans son intégralité. Il suffit, pour cela, de masser la paroi abdominale pendant quelque temps, de manière à l'habituer au contact de la main. Brandt a parlé de massage utérin par cette paroi seule ; il a aussi proposé de soutenir la matrice à l'aide d'un doigt placé dans le rectum ; je n'ai jamais appliqué ces procédés et leurs indications me semblent rares.

En cas d'étroitesse du vagin, j'introduis un seul doigt recourbé en crochet, au lieu de deux ; les poussées aiguës et subaiguës, les métro-péritonites représentent des exceptions qui n'arrivent guère qu'entre les mains de praticiens novices, agissant avec plus d'énergie que de mesure. Elles peuvent résulter encore de l'indocilité et d'imprudences des malades. Je leur recommande toujours de garder le repos au lit pendant la période menstruelle qui se passe durant le traitement et pendant celle qui le suit ; certaines personnes méprisent impunément cette prescription ; chez d'autres, sa négligence est suivie d'accidents inflammatoires locaux parfois inquiétants.

Quand on a affaire à une femme nerveuse, affaiblie, il est bon de conseiller le repos, même le repos au lit pendant les heures qui suivent le mas-

sage. J'ai vu quelquefois les accidents de la métrite catarrhale reparaître, lorsque la guérison semblait complète. Ces rechutes sont toujours moins graves et moins rebelles que la maladie première ; on en a raison au bout de quinze jours à trois semaines.

Je ne connais que trois contre-indications absolues : la virginité, l'inflammation aiguë ou subaiguë de l'utérus et de ses annexes, la grossesse. Nous en avons vu débuter, pendant le cours du traitement et suivre leur cours ; il ne faut pas compter là-dessus. Dès qu'une période retarde ou fait défaut, la suspension est indispensable.

On a quelquefois exprimé la crainte que la violence mécanique exercée sur l'utérus, n'amenât des complications. Je n'en ai pas eu ; la plupart de celles qu'on a signalées, à la suite du curage, étaient d'origine septique : elles sont plus à craindre, après une opération sanglante, même simple, qu'après un procédé dans lequel on ne déchire ni une fibre musculaire, ni un vaisseau ; j'ai toujours soin, d'ailleurs, de prendre des précautions antiseptiques rigoureuses. Les accidents que j'ai vus ont été insignifiants, je pourrais me dispenser d'en parler : des ecchymoses de la paroi abdominale, de petites indurations du tissu cellulaire sous-cutané, douloureuses au toucher (il suffit de les éviter en massant), des vaginites si légères, qu'elles ne m'ont même pas

empêché de continuer le traitement et dont j'ai eu raison avec quelques tampons à l'alun ; j'ai vu deux fois des inflammations de la glande vulvo-vaginale, avec un léger mouvement fébrile et un peu de tuméfaction locale, il n'y eut pas de suppuration et après une suspension de deux jours, je pus recommencer.

Ce sont là de bien petits inconvénients, surtout si on les met en parallèle avec les avantages. On peut masser l'utérus à toute heure, sous les vêtements, en ménageant la pudeur autant qu'elle peut l'être. Les malades continuent à vaquer à leurs occupations, je ne les fais arrêter complètement que pendant la menstruation (celle qui a lieu pendant le traitement et celle qui le suit) ; en d'autre temps je n'interdis que les mouvements brusques et les marches trop longues.

TABLE DES MATIÈRES

Châteauroux. — Typographie et Stéréotypie A. MAJESTÉ



LECROSNIER & BABÉ, LIBRAIRES-ÉDITEURS

NORSTROM. — Traitement des raideurs articulaires (fausses ankyloses), au moyen de la rectification forcée du massage, 1 vol in-8, 1887....... 3 fr. 50

NORSTROM. — Traitement de la migraine par le massage, 1 vol in-18, 1885.. 2 fr.

De WECKER et LANDOLT. — Traité complet d'ophthalmologie. Anatomie microscopique, par les professeurs A. Iwanoff, G. Schwalbe, W. Waldeyer. (Cet ouvrage remplace la troisième édition de Wecker, prix Châteauvillard.)

Tome I. — Maladies des paupières, maladies de la conjonctive, ophthalmométrologie, un fort vol. in-8, avec 252 figures intercalées dans le texte et 2 planches. 1880.................................. 20 fr.

Tome II. — Maladies de la cornée, maladies du tractus uvéal, du corps vitré, de la sclérotique, glaucome, maladies du cristallin, 1 vol. in-8, avec 217 figures dans le texte. 1886................................. 20 fr.

Tome III. — Réfraction et accommodation, amblyopies, amauroses et anomalies des mouvements des yeux, 1 vol. in-8, avec 177 figures dans le texte 1887.. 20 fr.

Tome IV. — Maladies de la rétine, maladies du nerf optique, maladies de l'orbite et des voies lacrymales, etc. 1 vol. in-8, avec 240 figures intercalées dans le texte. 1889.................................... 20 fr.

KŒNIG (F.), professeur de chirurgie et directeur de la clinique chirurgicale de Göttingue, etc. — Traité de pathologie chirurgicale spéciale, ouvrage traduit de l'allemand, d'après la 4e édition, par J. Comte, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Genève, ouvrage précédé d'une introduction, par M. le docteur Terrillon, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc.

Tome I. — 1 volume in-8, avec 112 figures intercalées dans le texte. 1888.. 14 fr.

Tome II. — 1 volume in-8. avec 159 figures intercalées dans le texte. 1889.. 14 fr.

Tome III — 1 volume in-8, avec figures intercalées dans le texte. (Paraîtra fin septembre 1889.)...................................... 14 fr.

SAPPEY, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Traité d'anatomie descriptive, avec figures intercalées dans le texte. 4e édition, revue et améliorée. 4 vol. in-8. 1888-1889............................ 65 fr.

FORT. — Anatomie descriptive et dissection, contenant un Précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 4e édition, très augmentée. 3 vol. in-12, avec 1.316 figures intercalées dans le texte. 1887.. 30 fr.

RENAULT, professeur d'anatomie générale à la Faculté de médecine de Lyon, etc. — Traité d'histologie pratique, 1er fascicule : Le milieu intérieur et le tissu conjonctif lâche et modelé. 1 vol. in-8, avec 101 figures intercalées dans le texte .... 7 fr.

AVIS. — *L'ouvrage complet sera publié en trois fascicules.*

REMY (Ch.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Manuel des travaux pratiques d'histologie ; histologie des éléments des tissus, des systèmes des organes. 1 vol. pet. in-8, avec 399 figures intercalées dans le texte. 1889.. 7 fr.

LANCEREAUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. — Traité d'anatomie pathologique, tome 1er : Anatomie pathologique générale. 1 fort vol. in-8 de 838 pages, avec 267 figures intercalées dans le texte. 1877. 20 fr. — Cartonné........................ 21 fr.

LANCEREAUX. — Traité d'anatomie pathologique, tome II : Anatomie pathologique spéciale. Anatomie pathologique des systèmes. 1° Système lymphatique. 1 vol. in-8, avec 179 figures. 1881. 25 fr. — Cartonné.......... 26 fr.

LANCEREAUX. — Tome III, 1re partie. Anatomie pathologique spéciale : Anatomie pathologique des systèmes, système locomoteur. Anatomie pathologique des appareils, appareil de l'innervation. 1 vol. in-8, avec 131 figures intercalées dans le texte. 1885. Prix pour les souscriptions du tome III complet. 20 fr.

Châteauroux. — Typographie et Stéréotypie A. MAJESTÉ.